



# כינוס הצפון ה-10 לטיפול בכאב

יום רביעי | 06.02.2019 | מלון דן כרמל, חיפה

אנא מלאו את הפרטים והחזירו את טופס הרישום באמצעות פקס/מייל. 1533-7650516

## פרטים אישיים

שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_  
 תפקיד/תואר \_\_\_\_\_ מקום עבודה \_\_\_\_\_  
 כתובת למשלוח חשבונית \_\_\_\_\_  
 טלפון \_\_\_\_\_ סלולר \_\_\_\_\_  
 פקס \_\_\_\_\_ אימייל \_\_\_\_\_

## דמי רישום

- רישום מוקדם עד ה-4.2.2019: 60 ש"ח
- הרשמה מה-5.2.2019 וביום הכנס: 110 ש"ח
- \* המחיר כולל מע"מ וארוחת צהריים

## אפשרויות תשלום

תשלום באמצעות המחאה:

המחאה תשולם בשקלים בלבד,

ש"ח; המחאה מס' \_\_\_\_\_  
 תשלום לפקודת פרום מדיה בע"מ ת.ד. 53378 ת"א 61534

תשלום באמצעות כרטיס אשראי:

ויזה  ישראכרט  אמריקן אקספרס  דינרס

כרטיס מספר \_\_\_\_\_

תוקף \_\_\_\_\_ 3 ספרות (בגב הכרטיס) שם בעל הכרטיס \_\_\_\_\_

ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

\* כל חיובי הבנק ישולמו על ידי המשתתף

## ביטול השתתפות

ביטול השתתפות אפשרי עד 5 ימי עבודה לפני יום הכינוס. ביטול לאחר מועד זה יחויב במלוא דמי ההשתתפות

## פרטי חשבונית

נא לציין את פרטי החשבונית במידה והיא שונה משם המשתתף  
 \* החשבונית תשלח לכתובת הרשומה לעיל, אלא אם כן יצוין אחרת