



שלום רב,
אנו מודים לכם על התעניינותכם בקורס המתקיים במרכז הרפואי תל אביב ע"ש סוראסקי (אודיטוריום בנין הלב ע"ש סמי עופר),
בתאריכים 27-29 בינואר 2014.
אנא מלאו את טופס ההרשמה לקורס בכתב יד ברור וקריא, ושלחו לפקס 03-7610799

פרטי המשתתף:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____
מקום העבודה: _____ טלפון: _____
נייד: _____ פקס: _____
מייל: _____ @ _____
כתובת: רחוב _____ מס' _____ ישוב: _____

שם באנגלית - נא למלא באותיות גדולות (עבור תג שם):

Title: Prof. Dr. Mr. Mrs

First Name: _____ Surname: _____

הרשמה (נא לסמן את הימים בהם הינך מתכוון להשתתף):

נא סמן בחירתך:
יום ב', 27.1.2014
יום ג', 28.1.2014
יום ד', 29.1.2014

קורס חד-יומי	שני ימי קורס	קורס מלא (3 ימים)	
250 ש"ח	450 ש"ח	650 ש"ח	רופא מומחה
200 ש"ח	370 ש"ח	530 ש"ח	טכנאי
160 ש"ח	300 ש"ח	440 ש"ח	מתמחה

חניה:

חניה מוזלת כ-40 ש"ח תינתן
בחניון וייצמן (הצמוד לביה"ח)
עם הצגת ההזמנה לכנס או מכתב
אישור הרשמה בחדר הבקרה,
קומה 1-

מדיניות ביטול:

בביטול ההשתתפות עד 20.1.2014 יוחזרו דמי הרישום בניכוי 50 ש"ח דמי טיפול.
לאחר מועד זה לא יהיו החזרים כלל!
לתשומת לבכם - מספר המקומות מוגבל - אנא מהרו להירשם.

אופן התשלום

תשלום בהמחאה לפקודת "אופקים תיירות וכנסים בע"מ", דרך מנחם בגין 80 תל-אביב 6713827

המחאה מס' _____ בסך כולל של _____ ש"ח חתימה _____

תשלום בכרטיס אשראי: ויזה / ישראלכרט / אמריקן אקספרס / אחר _____

חיוב ב- _____ תשלומים (עד 3 ללא ריבית)

מס' כרטיס: _____ - _____ - _____ - _____ / _____ תוקף _____

ע"ש _____ ת"ז _____

סה"כ הזמנה _____ ש"ח

חתימה _____

בברכה,

אופקים תיירות וכנסים בע"מ

טלפון: 03-7610801/2/4/5, פקס: 03-7610799. לשאלות וברורים עדיף לפנות בדואר אלקטרוני: naamak@ofakim.co.il