

# כנס העשור

החברה הישראלית לרפואה משלימה

הדר סיטי טאואר - במלון  
לאונרדו סיטי טאואר ר"ג

## 20/11/13

SP  
Group



### טופס הרשמה

#### א. פרטים אישיים:

ד"ר / פרופ' / מר / גב' \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_

דוא"ל (בכתב ברור בבקשה): \_\_\_\_\_

טל' נייד: \_\_\_\_\_ טל קווי: \_\_\_\_\_

התמחות: \_\_\_\_\_ מס' רישיון: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_

מקום עבודה: \_\_\_\_\_

תפקיד/ מקצוע: \_\_\_\_\_

כתובת בעבודה: \_\_\_\_\_

#### ב. דמי רישום\*

<u>לנרשמים בתאריך</u>	<u>חברים **</u>	<u>אינם חברים</u>
עד 28.10.13	150 ₪	200 ₪
מ-28.10.13 עד 15.11.13	160 ₪	220 ₪
מ-15.11.13 וביום הכנס	240 ₪	240 ₪

\* דמי הרישום כוללים: השתתפות בדיונים, כיבודים וארוחות לפי תוכנית הכנס.  
\*\* חבר הינו מי ששילם דמי חבר בחברה הישראלית לרפואה משלימה לשנת 2013.

#### ג. למשלמים בכרטיס אשראי:

סוג הכרטיס: ויזה / ישראכרט / אחר: \_\_\_\_\_ שם בעל הכרטיס: \_\_\_\_\_

מס' כרטיס: \_\_\_\_\_

תוקף: \_\_\_\_\_ 3 ספרות אחרונות בגב הכרטיס: \_\_\_\_\_ סכום לחיוב: \_\_\_\_\_ ₪

למתקזזים במע"מ, יש להוסיף מספר עוסק/ת.ז. \_\_\_\_\_

#### ד. למשלמים בצ'ק:

יש לשלוח לפקודת א.ס. פי גרופ בע"מ, רח' הנמל 36 ת"א ת.ד. 6432 מיקוד 63506

הריני מאשר השתתפותי בכנס,

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_



נא למלא באופן ברור ושלוח ל-א.ס. פי גרופ בע"מ, במייל [mosheh@spgroup.co.il](mailto:mosheh@spgroup.co.il) או בפקס 03-5466441

לפרטים נוספים | טל. 03-5460296 | טל. 03-5466440 | משה 052-3498166 | שרית 052-2759944