

טופס הרשמה לכנס איגוד רופאי הריאות בישראל
כפר בלום, 30.6-2.7.2011

פרטים אישיים:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ תואר: _____
שם באנגלית: _____ מקום עבודה: _____
כתובת למשלוח חשבונית מס: _____
טלפון בעבודה: _____ טלפון נייד: _____ פקס בעבודה: _____
דואר אלקטרוני (חובה): _____

הזמנת חדר במלון: מומלץ להירשם בהקדם – מספר החדרים מוגבל!
(סמן ב x במשבצת המתאימה) מחיר לחברי איגוד ו/או מצייגים בכנס הרשמה עד 15.6.11 מחיר לחברי איגוד ו/או מצייגים בכנס הרשמה לאחר 16.6.11 (מותנה בזמינות חדרים במלון)

<input type="checkbox"/> חדר יחיד	1,200 ₪	<input type="checkbox"/> 1,500 ₪
<input type="checkbox"/> חדר זוגי	1,600 ₪	<input type="checkbox"/> 2,100 ₪
<input type="checkbox"/> יום כנס ללא לינה	350 ₪	<input type="checkbox"/> 400 ₪

הצטרפות ילדים פרטים ניתן לקבל טלפונית

הערות: _____

* המחירים כוללים מע"מ, דמי הרשמה, ארוחת ערב גאלה ביום חמישי, ארוחת צהרים בימים שישי ושבת, ארוחת ערב ביום שישי, ארוחות בוקר בשישי ושבת, עזיבה מאוחרת בשבת, קבלת פנים בהגעה, הפסקות הקפה במהלך הכנס (יום ה' ויום ו') מיועדות למשתתפי הכנס המדעי בלבד.

אופן תשלום:

המחאה – לפקודת פאלקס תורס בע"מ.

לשלוח לפי הכתובת: פאלקס תורס בע"מ, ת.ד. 33018, חיפה 33033

בכרטיס אשראי – נא להקיף את סוג הכרטיס: ישראכרט / ויזה / אחר: _____
מספר הכרטיס: _____

תוקף הכרטיס: _____ מספר ת.ז.: _____

שם בעל הכרטיס: _____ סה"כ סכום לחיוב: _____

תאריך: _____ חתימה: _____

מדיניות דמי ביטול בהתאם לנוהל דמי ביטול של המלון:
עד 10 ימים לפני מועד הכנס – דמי ביטול בגובה 25%;
עד 7 ימים לפני מועד הכנס – 50%;
עד 72 שעות לפני מועד הכנס – דמי ביטול מלאים.