

The 2nd National Israeli Neuroendocrine Tumor Congress
מלון הולידיי אין אשקלון 15-17.5.2014

נא מלא/י ושלח/י לחב' א.מ. כנסים בע"מ בדואר לכתובת – מגדלי עזריאלי 3, דרך מנחם בגין 134 ת"א 67021
או בפקס 03-6081522:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ תואר _____
מקום עבודה _____ תפקיד _____
טל(ע') _____ פקס(ע') _____ טל(ב') _____ נייד _____
כתובת דואר למשלוח קבלה _____ דוא"ל _____
 אני מעוניינת/באיורח במלון הולידיי אין קראון פלאזה אשקלון. מיום חמישי-שבת (נא לסמן בחירת חדר/ים):

X	תפוסת חדר	עלות 2 לילות – לילה ראשון חצי פנסיון, לילה שני פנסיון מלא
	חדר ליחיד	750 ₪
	חדר לזוג	990 ₪
	עלות תוספת לילד בחדר ההורים עד גיל 13	400 ₪
	עלות תוספת לילד בחדר הורים מגיל 13-182 2 ילדים בחדר ההורים – מס' חדרים מוגבל	555 ₪
	השתתפות ללא לינה	300 ₪

תשלום

מצ"ב תשלום בסך _____ ₪

מס' תשלומים _____ (עד 2 תשלומים שווים בהמחאה/ות או בכרטיס אשראי)

בהמחאה מס' _____, בנק _____, סניף _____, לתאריך 10.4.2014 לפקודת א.מ. כנסים בע"מ

בהמחאה מס' _____, בנק _____, סניף _____, לתאריך 10.5.2014 לפקודת א.מ. כנסים בע"מ

בכרטיס אשראי: ויזה/ לאומי קארד מסטקארד/ישראכרט דינירס אמריקן אקספרס
מס' הכרטיס _____
שם בעל הכרטיס _____
ת.ז. _____

תאריך _____ חתימה (ו/או חותמת מוסד מחייב) _____

הערות

- ההרשמה תסתיים ב 1.5.14 או, עם תום מכסת החדרים – ע"פ המועד המוקדם מביניהם.
- ההשתתפות בפועל – רק בכפוף לקבלת קבלות שישלחו בדואר ע"י מזכירות הכנס עד 1.5.14
- ביטול חדר עד לתאריך 5.5.14 ללא דמי ביטול. ביטול חדר בין התאריכים 6-12.5.14 דמי ביטול בגובה 300 ₪ לחדר.
- ביטול חדר החל מתאריך 13.5.14 ועד יום הכנס דמי ביטול מלאים