

# טופס הרשמה:



אנא החזר טופס זה באמצעות פקס לחברת

לידי ניר / עידית **פקס' 03-5656082**

**טל'**  **57 / 24 / 03-5656012, 054-6864499**

רח' מיטב 11 ת"א 67898

**נא לוודא טלפונית את קבלת הפקס בכנפי משק**

###### (ניתן לוודא את קבלת הפקס באמצעות שליחת מייל או סמס)

Email: [pnina@mishkei.co.il](mailto:pnina@mishkei.co.il)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ת.ז. של הנרשם

תואר ................... שם משפחה.........................

שם פרטי........................................................

כתובת מרפאה.................................................

כתובת פרטית.................................................

🕿 בבית.................... 🕿 עבודה.......................

נייד ............................פקס..............................

……………………………………….… Email

**(נא לכתוב את הפרטים בכתב ברור)**

**סמן ב-X במשבצת המתאימה**

**מאשר את השתתפותי בכנס לפי:**

**150 ₪ דמי הרשמה לכל משתתף בכנס**

200 ₪ - חדר ליחיד

600 ₪ - חדר לזוג, שמות .................................

**תוספת לנלווים:**

760 ₪ - ילד בחדר הורים (גיל 2-12):

תאריך לידה ........................שם:............... .......

760 ₪ -ילד שני בחדר הורים (גיל 2-12):

תאריך לידה ........................שם:............... .......

1100 ₪ - מבוגר בחדר הורים מעל גיל 12:

תאריך לידה ..............שם:......................

ללא תשלום - תינוק בחדר הורים: (0-2)

תאריך לידה ..............שם:......................

* **מקסימום זוג + 2 ילדים בחדר**

שומר שבת

**טופס ללא פרטי תשלום מלאים לא יטופל**

**מספר המקומות מוגבל**

**ידוע לי כי**:

ההזמנה אישית ואינה ניתנת להעברה.

חדרים ישמרו עד השעה 18:00 ביום חמישי.

**השתתפות בהרצאות ובסדנאות – חובה.**

**בחסות:**







### כנס Diabetes&Obesity Update

**מלון "פסטורל" כפר בלום 30.6-2.7.16 פנסיון מלא**

**מחירים:**

יום

**דמי הרשמה לכל משתתף 150 ₪**

יחיד בחדר 200₪

זוג בחדר 600₪

**תוספת לנלווים:**

ילד בחדר הורים (12-2): 760 ₪

מבוגר מעל גיל 12 בחדר ההורים: 1100₪

תינוק עד גיל שנתיים: חינם ₪

תוספת לחדר פרימייר 220 ₪

תוספת לחדר בוטיק 330 ₪

**דמי ביטול:**

* ביטול בכתב עד לתאריך 31.5.16- ללא חיוב
* החל מה-1.6.16 יחוייב המבטל בסך - 750 ₪.
* **ביטול ביום הכנס או אי הגעה יחויב ב-3000 ₪**

## אופן התשלום: 3 תשלומים שווים החל מ- 1.6.16

**שם כרטיס האשראי:**

ויזה מסטרקארד/ישראכרט אמריקן אקספרס

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

מספר כרטיס האשראי

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

3 ספרות אחרונות בגב הכרטיס

תוקף.................................................................

שם בעל הכרטיס ................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ת.ז. של בעל הכרטיס (9 ספרות חובה)

סכום לחיוב........................

חתימה וחותמת.................................................