

טופס הרשמה

The Annual Meeting of The Israeli Society for Sports Medicine and The 3rd Biennial Israeli Hip Symposium



ימים שלישי-רביעי, 29-30 בספטמבר, 2015, מלון דן פנורמה, תל-אביב

מזכירות הכנס: חברת אופקים כנסים בע"מ, דרך מנחם בגין 80, תל אביב 6713827
מענה טלפוני לבריורים: 03-7610897. למענה מהיר עדיף לפנות בדוא"ל: chen@ofakim.co.il
פקס' למשלוח הטופס: 03-7610799. לא ניתן להרשם טלפונית.

א. פרטי הנרשם:

נא לרשום את השם והתואר באותיות אנגליות לצורך תג שם

Title: Prof. Dr. Ms. Mr. Surname _____ First name _____

כתובת: רחוב _____ מספר _____ עיר _____ מיקוד _____

טלפון: _____ נייד: _____

תחום התמחות: _____ מקום עבודה: _____

דואר אלקטרוני (למשלוח אישורי השתתפות): _____

ב. מחירי הרשמה ליומיים (בש"ח כולל מע"מ) - נא סמן בחירתך ב- X

* כל המחירים כוללים מע"מ
עבור יומיים של כנס:
השתתפות בהרצאות, כיבוד
בהפסקות, ארוחת צהריים,
ביקור בתערוכה ותיק משתתף

** חבר החברה לרפואת ספורט
הוא מי ששילם מיסי חבר
לשנת 2015

כל הכנס	הרשמה מוקדמת עד לתאריך 10/9/2015	הרשמה מאוחרת החל מתאריך 11/9/2015 עד ה 26/9/2015	הרשמה במקום - יום הכנס 29/9/2015
חבר החברה לרפואת ספורט	<input type="checkbox"/> 450 ש"ח	<input type="checkbox"/> 500 ש"ח	<input type="checkbox"/> 560 ש"ח
חבר ב: (סמן את החברה הרלוונטית) <input type="checkbox"/> חברת הברך והירך <input type="checkbox"/> חברת הברך והארתרוסקופיות <input type="checkbox"/> החברה לאורתופדיית ילדים <input type="checkbox"/> העמותה לפיזיותרפיה	<input type="checkbox"/> 500 ש"ח	<input type="checkbox"/> 550 ש"ח	<input type="checkbox"/> 610 ש"ח
משתתף שאינו חבר באחת החברות	<input type="checkbox"/> 570 ש"ח	<input type="checkbox"/> 620 ש"ח	<input type="checkbox"/> 680 ש"ח
גמלאי הר"י	<input type="checkbox"/> 500 ש"ח	<input type="checkbox"/> 550 ש"ח	<input type="checkbox"/> 610 ש"ח
<input type="checkbox"/> מתמחה / <input type="checkbox"/> סטודנט	<input type="checkbox"/> 450 ש"ח	<input type="checkbox"/> 450 ש"ח	<input type="checkbox"/> 450 ש"ח

מחירי הרשמה ליום אחד (בש"ח כולל מע"מ) - נא סמן בחירתך ב- X

יום שלישי יום רביעי

	הרשמה מוקדמת עד לתאריך 10/9/2015	הרשמה מאוחרת החל מתאריך 11/9/2015 עד ה 26/9/2015	הרשמה במקום - יום הכנס 29/9/2015
חבר החברה לרפואת ספורט	<input type="checkbox"/> 320 ש"ח	<input type="checkbox"/> 370 ש"ח	<input type="checkbox"/> 430 ש"ח
חבר ב: (סמן את החברה הרלוונטית) <input type="checkbox"/> חברת הברך והירך <input type="checkbox"/> חברת הברך והארתרוסקופיות <input type="checkbox"/> החברה לאורתופדיית ילדים <input type="checkbox"/> העמותה לפיזיותרפיה	<input type="checkbox"/> 370 ש"ח	<input type="checkbox"/> 420 ש"ח	<input type="checkbox"/> 480 ש"ח
משתתף שאינו חבר באחת החברות	<input type="checkbox"/> 420 ש"ח	<input type="checkbox"/> 470 ש"ח	<input type="checkbox"/> 530 ש"ח
גמלאי הר"י	<input type="checkbox"/> 370 ש"ח	<input type="checkbox"/> 420 ש"ח	<input type="checkbox"/> 480 ש"ח
<input type="checkbox"/> מתמחה / <input type="checkbox"/> סטודנט	<input type="checkbox"/> 320 ש"ח	<input type="checkbox"/> 320 ש"ח	<input type="checkbox"/> 320 ש"ח

ג. מדיניות ביטול

בביטול ההשתתפות עד לתאריך ה-17.9.2015 יוחזרו דמי הרישום בניכוי 50 ₪ דמי טיפול. לאחר מועד זה לא יהיו החזרים כלל.

ד. אופן התשלום: (לא יתקבלו טפסים ללא פרטי תשלום)

מצורפת המחאה ע"ס _____ ₪ לפקודת אופקים תיירות וכנסים בע"מ מס' ת.ז. _____

כתובת למשלוח: "אופקים כנסים" - דרך מנחם בגין 80, תל אביב, 6713827

תשלום בכרטיס אשראי: ויזה / ישראלכרט / דינרס / אחר _____ (הקף בעיגול)

תשלום בכרטיס אשראי שמספרו: _____ - _____ - _____ - _____

תוקף כרטיס: _____ - ע"ס _____ ₪ מס' ת.ז. _____ חתימה _____