# logo-gil-maavar(1)

# הכינוס השנתי של

# האגודה הישראלית לגיל המעבר

# ימים חמישי – שבת, 27- 29 בדצמבר 2018, י"ט - כ"א בטבת תשע"ט

# מלון "דניאל", ים-המלח

טופס רישום

**יש למלא הפרטים בכתב קריא ולהעביר אל מזכירות הכינוס:**

**דוא"ל:** [**menopause12.2018@gmail.com**](mailto:menopause12.2018@gmail.com) **פקס: 03-5329978**

**טלפון לבירורים: אלישבע 052-5550551**

פרטי המשתתף:

תואר\_\_\_\_\_\_\_\_שם משפחה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מקום עבודה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**נא לסמן שיוך מתאים:**

מומחה  מתמחה  אח/ות

רופא משפחה

גינקולוג

אחר(נא לפרט) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# כתובת למשלוח דואר [ ] בית [ ] עבודה

# רחוב \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מספר\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ישוב/עיר \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מס' טלפון \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מס' פקס \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

טלפון סלולרי\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

כתובת דואר אלקטרוני \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**מספר המקומות במלון מוגבל!!! ההרשמה ע"ב "כל הקודם זוכה"**

**סעיף א' - אירוח במלון – ע"ב חצי פנסיון –2 לילות –-**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| פירוט |  |  |
| חדר זוגי | 2,100 ₪ | = ₪ |
| חדר ליחיד | 1,950 ₪ | = ₪ |
| **סה"כ** |  | **= ₪** |

**העלויות דלעיל כוללות דמי רישום לכינוס למשתתפים המתארחים במלון**

**לאחיות ומתמחים הנרשמים עד תאריך 15.11.2018 תינתן הנחה של 300 ₪ עבור החדר**

**אופן התשלום:**

נא לחייב אותי בכרטיס אשראי :  תשלום 1  2 תשלומים

ויזה  ישראכרט  אמריקן אקספרס

בסך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ₪ 3 ספרות בגב הכרטיס CVV \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מס' הכרטיס \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תוקף הכרטיס \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם בעל הכרטיס \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מספר ת.ז. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_