טופס הרשמה

Hip and Shoulder Meeting - 2017

יום חמישי 7.9.2017 - מרכז הכנסים בכפר המכבייה | יום שישי 8.9.2017 - מרכז רפואי סוראסקי תל אביב / מרכז רפואי אסף הרופא

לכבוד: חברת אופקים תיירות וכנסים בע"מ, דרך מנחם בגין 80, תל אביב, מיקוד: 6713827. מחלקת רישום טל: 03-7610897,
פקס: 03-7610799. מענה טלפוני במחלקת רישום בימים א'- ה' בין השעות 10:00-15:00.
עדיף לפנות במייל לכתובת - chen@ofakim.co.il. אישורי הרשמה יישלחו במייל.
פקס' למשלוח הטופס: 03-7610799. לא ניתן להרשם טלפונית.
אנא מלא/י טופס זה בכתב יד ברור

א. פרטי הנרשם:

נא לרשום את השם והתואר באותיות באנגלית לצורך תג שם

Title: ☐ Prof. ☐ Dr. ☐ Mr. ☐ Ms.

First name _____ Surname _____

כתובת: רחוב _____ מספר _____ עיר _____ מיקוד _____

טלפון: _____ נייד: _____

תחום התמחות: _____ מקום עבודה: _____

דואר אלקטרוני (למשלוח אישורי השתתפות): _____@_____

☐ יום חמישי 7/9/2017 - מעוניין להשתתף בסדנה לפיזיותרפיסטים Foam rolling principles for shoulder and hip mobility
שתתקיים בבוקר הכנס בין השעות 07:45-08:45 (הסדנא ללא עלות אך מותנית בהרשמה מראש. **מספר המקומות מוגבל**)

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

כנס + סדנא יומיים (חמישי + שישי) ☐ מרכז רפואי סוראסקי תל אביב - סדנא והרצאות לרופאים ☐ מרכז רפואי אסף הרופא - סדנא לפיזיותרפיסטים	**הרשמה מוקדמת** **עד תאריך 10/8/2017**	**הרשמה מאוחרת - החל מתאריך** **11/8/2017 עד ה- 4/9/2017**	**הרשמה במקום - יום הכנס** **ה- 7/9/2017 ***
רופא מומחה	☐ **450** ש"ח	☐ **500** ש"ח	☐ **550** ש"ח
מתמחה / פיזיותרפיסט חבר העמותה לפיזיותרפיה	☐ **350** ש"ח	☐ **400** ש"ח	☐ **450** ש"ח
פיזיותרפיסט שאינו חבר העמותה / צוות פארא רפואי	☐ **400** ש"ח	☐ **450** ש"ח	☐ **500** ש"ח

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

☐ יום חמישי 7/9/2017 - כפר המכבייה ☐ יום שישי 8/9/2017 - מרכז רפואי סוראסקי תל אביב - סדנא והרצאות לרופאים

☐ יום שישי 8/9/2017 - מרכז רפואי אסף הרופא - סדנא לפיזיותרפיסטים

יום אחד	**הרשמה מוקדמת** **עד תאריך 10/8/2017**	**הרשמה מאוחרת - החל מתאריך** **11/8/2017 עד ה- 4/9/2017**	**הרשמה במקום - ביום הכנס** **בלבד ***
רופא מומחה	☐ **350** ש"ח	☐ **400** ש"ח	☐ **450** ש"ח
מתמחה / פיזיותרפיסט חבר העמותה לפיזיותרפיה	☐ **250** ש"ח	☐ **300** ש"ח	☐ **350** ש"ח
פיזיותרפיסט שאינו חבר העמותה / צוות פארא רפואי	☐ **300** ש"ח	☐ **350** ש"ח	☐ **400** ש"ח

* ניתן להרשם במקום רק **ליום הכנס** בחמישי - 7/9/2017. **ביום שישי לא תתאפשר הרשמה במקום.**

ג. מדיניות ביטול

בביטול ההשתתפות עד לתאריך ה-24.8.2017 יוחזרו דמי הרישום בניכוי 50 ₪ דמי טיפול. לאחר מועד זה לא יהיו החזרים כלל.

ד. אופן התשלום:

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

כתובת למשלוח: "אופקים תיירות וכנסים בע"מ" - דרך מנחם בגין 80, תל אביב, מיקוד: 6713827

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

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

חתימת בעל הכרטיס _____