



טופס רישום לכנס 26.11.09

הרישום לכנס ייעשה **בשני שלבים:**

בשלב ראשון: יש להירשם באמצעות המייל לכתובת crc@tasmc.health.gov.il
יש לציין מס' משתתפים וטלפון ליצירת קשר בלבד.

בשלב השני: יש למלא את טופס ההרשמה בצירוף צ'ק - לפקודת "קרן מחקרים רפואיים"
ולשלוח באמצעות המעטפה המצ"ב לכתובת:

המרכז הרפואי ת"א ע"ש סוראסקי
המרכז למחקר קליני
רח' ויצמן 6 ת.ד. 113
תל-אביב 64239

שם החברה: _____ Company Name: _____

כתובת החברה: _____ Company address: _____

כתובת האתר: _____ Web site: _____ E-mail: _____

פקס: _____ Fax: _____ טלפון: _____ Tel: _____

רישום המשתתפים הבאים:

מר/גב' _____ תפקיד _____

מר/גב' _____ תפקיד _____

מר/גב' _____ תפקיד _____

מר/גב' _____ תפקיד _____

(במידה ומעוניינים בכנס יותר מארבעה משתתפים, יש לצלם הטופס ולהוסיף את שמותיהם)

מצ"ב צ'ק על סך _____ ש"ח (150 ש"ח לכל משתתף)

■ חניה מוזלת, בחניון בית החולים תינתן בהצגת ההזמנה

Name: _____

Signature: _____

■ אישור חוזר להשתתפותכם ישלח לכתובת המייל שציינתם.

■ קבלות לתשלום יימסרו ביום הכנס.

■ טלפון לבירורים: 03-6974845 רחל/דיקלה