



טופס רישום לכנס 09.09.08

הרישום לכנס ייעשה בשני שלבים:

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

בשלב השני, יש למלא את טופס ההרשמה בצירוף צ'ק-לפקודת "קרן מחקרים רפואיים" ולשלוח אותו 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 להשתתף בכנס יותר מארבעה משתתפים, יש לצלם הטופס ולהוסיף את שמותיהם.)

מצ"ב צ'ק על סך: _____ ש"ח (100 ש"ח לכל משתתף)

חניה מוזלת, בחניון בית החולים תינתן בהצגת ההזמנה.

Name: _____ Signature: _____

אישור חוזר להשתתפותכם ישלח לכתובת ה- E-mail שציניתם. קבלות לתשלום יימסרו ביום הכנס.

טלפון לבירורים: 03-6974845 רחל/ דקלה