

טופס הרשמה – עמותת מקצועות הבריאות

מלון אסיינדה ביער

25-28/10/26

הריני מבקש/ת להירשם לכנס

שם משפחה _____ שם פרטי _____

מספר טלפון _____ טלפון נייד _____

חובה: מקום עבודה _____ שייך/ת לסקטור _____

הרכב החדר סמן V

שותף/ה שם פרטי ומשפחה של חולק החדר _____ חבר/ה הסתדרות /בן/ת זוג

מספר טלפון _____

מחיר לאדם בחדר זוגי חבר האיגוד – 720 ₪

מחיר ליחיד בחדר – 1260 ₪

מחיר לבן/ת זוג – 2220 ₪

גמלאי חבר איגוד – 720 ₪

- אין בשליחת הטופס אישור סופי להרשמה
- אישור סופי עם קבלת מיל מאשת טורס.

פרטי אשראי:

סוג הכרטיס _____

מספר ת.ז של בעל הכרטיס _____

מספר כרטיס המלא _____ / _____ / _____ / _____

תוקף _____ / _____

3 ספרות בגב הכרטיס _____ מספר תשלומים 1 2 3

יש למלא ולעביר את הטופס במלואו למייל daniella1@3010.co.il

- ניתן לבצע תשלום טלפוני .
- באחריות המשתתף ליצור קשר עם דניאלה מאשת טורס – לאחר שליחת הטופס .

תאריכי הרישום – 1/6/26-1/7/26

טלפון אשת טורס – דניאלה – 03-7771619 .

דמי ביטול - נרשמים אשר יבטלו את הרשמתם עד 21 יום לפני הכנס יחויבו ב 50% מדמי הרישום לכנס .
כל ביטול מתחת ל 21 ימים יחויב בעלות המלאה של דמי הרישום לכנס .

כל הקודם זוכה .

בברכת כנס פורה
מזכירות איגוד מקצועות הבריאות