

טופס הרשמה – איגוד מקצועות הבריאות

דן כרמל חיפה

17-20.01.2027

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 .

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