



7.2.2014
כנס החורף של החברה
הישראלית להשתלות

טופס הרשמה

נא למלא את הפרטים הבאים ולשלוח הטופס באמצעות -
פקס: 072-2447267, או מייל: Transplant@kenes-events.com

הריני מאשר/ת השתתפותי בכנס שייערך ביום שישי 7 בפברואר 2014, באולם "פלסנשטיין" במרכז הרפואי רבין קמפוס בלינסון, פתח תקווה, להלן פרטיי: (נא למלא בכתב ברור).

שם משפחה _____ שם פרטי _____ פרופ'/ד"ר/מר/גב'

חשוב - נא למלא באותיות גדולות ובכתב ברור:

Last Name _____ First Name _____ Prof./Dr ./Mr./Ms.

מקום עבודה _____ מחלקה _____

תפקיד \ מקצוע _____

טלפון _____ פקס _____

טלפון סלולארי _____

מייל _____

* תאריך אחרון להרשמה 23.01.2014.

לפרטים נוספים ניתן לפנות לחברת כנס ישראל למח' רישום בטלפון: 03-9727436
תאריך _____ חתימה _____