



November 6-7, 2008
Dan Panorama Hotel, Tel-Aviv, Israel

6-7 בנובמבר, 2008
מלון דן פנורמה, תל-אביב, ישראל

Israel Dental Association (IDA)

הסתדרות רופאי השיניים בישראל (הר"ש) ע.ר.

בשיתוף: האיגוד הרב-לאומי לטיפול תומך בסרטן / האיגוד הבינלאומי לאונקולוגיה של הפה

In Collaboration with the Multinational Association of Supportive Care in Cancer / International Society of Oral Oncology

טופס הרשמה

ההרשמה באתר הכנס: www.ortra.com/oralmed2, דואר אלקטרוני: oralmed@ortra.com
ארטרא בע"מ, ת.ד. 9352, תל אביב, 61092, פקס: 03-6384455

פרופ' ד"ר גב' מר אחר _____
שם משפחה _____ שם פרטי _____
תפקיד _____ מוסד _____ מחלקה _____
כתובת _____ עיר _____ מיקוד _____
טלפון בבית _____ טלפון בעבודה _____ פקס _____
נייד _____ דואר אלקטרוני _____

1. *דמי הרשמה לכנס (כולל מע"מ)
(נא לסמן בהתאם)

הרשמה מאוחרת לתשלום מה-12.10.08	הרשמה מוקדמת לתשלום עד ה-11.10.08
<input type="checkbox"/> 450 ₪	<input type="checkbox"/> 340 ₪
<input type="checkbox"/> 450 ₪	<input type="checkbox"/> 340 ₪
<input type="checkbox"/> 330 ₪	<input type="checkbox"/> 190 ₪
<input type="checkbox"/> 650 ₪	<input type="checkbox"/> 530 ₪

¹ לחברי האיגוד אישור ההרשמה כפוף לאישור האיגוד הישראלי לרפואת הפה
² מותנה באישור ועד האיגוד הישראלי לכאבי ראש ופנים לגבי חברות לשנת 2008
*למבטלים את השתתפותם ובתנאי שהודעת הביטול תגיע בכתב אל מזכירות הכנס עד ה- 19.10.08 יוחזרו דמי ההרשמה בניכוי 100 ₪ דמי ביטול.
לאחר מועד זה לא יהיו החזרים.

2. לינה

נא להזמין עבורי חדר במלון דן פנורמה תל אביב, מתאריך _____ עד תאריך _____

מלון דן פנורמה ת"א	5 בנובמבר, 2008	6 בנובמבר, 2008	7 בנובמבר, 2008	8 בנובמבר, 2008
מחיר חדר לזוג	<input type="checkbox"/> 870 ₪	<input type="checkbox"/> 780 ₪	<input type="checkbox"/> 780 ₪	<input type="checkbox"/> 870 ₪
מחיר חדר ליחיד	<input type="checkbox"/> 783 ₪	<input type="checkbox"/> 702 ₪	<input type="checkbox"/> 702 ₪	<input type="checkbox"/> 783 ₪

* אגא סמן את התאריך וסוג החדר המבוקש, המחירים כוללים מע"מ, לילה על בסיס לינה וארוחת בוקר
שם בן / בת הזוג בחדר: _____ שם פרטי _____ שם משפחה _____

3. תשלומים

אבקש לחייב כרטיס אשראי: ויזה / ישראלכרט / אמריקן אקספרס / דינרס (נא לסמן בעיגול)
מס' כרטיס _____ תוקף הכרטיס _____
סך _____ ₪ שם בעל הכרטיס _____
מס' ת.ז. _____ 3 ספרות בגב הכרטיס _____
 רצ"ב המחאה מס' _____ לזכות ארטרא בע"מ, על סך _____ ₪
 רצ"ב התחייבות של _____ לזכות ארטרא בע"מ, על סך _____ ₪
 רצ"ב העתק העברה בנקאית לזכות ארטרא בע"מ, בבנק הפועלים, סניף 780 יצחק שדה, מספר חשבון 472330 על סך _____ ₪.

התחייבות ואשראי יתקבלו אך ורק ממוסדות שיש להם הסדר תשלומים עם חב' ארטרא לארטרא פטור מלא ממס הכנסה במקור

Conference Secretariat: Ortra Ltd.

חתימה + חותמת _____



תאריך _____