

הכנס החצי שנתי של האיגוד הישראלי לפריודונטיה ואוסאואינטגרציה
14 באוקטובר 2021 במרכז הכנסים "וואלי" כפר סבא

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ תואר: דר' / פרופ' / גב' / מר

כתובת: _____

מיקוד: _____ טל' במרפאה: _____ נייד: _____

E-mail: _____

דמי הרשמה לכנס:

הרשמה במקום	הרשמה מאוחרת	הרשמה מוקדמת עד	דמי רישום
14/10/21	1/10-13/10	30.9.21	
500	450	390	חבר האיגוד הישראלי לפריודונטיה
300	250	200	מתמחה חבר האיגוד הישראלי לפריודונטיה
350	290	250	מתמחים
550	480	420	חבר פורום מומחים
550	500	450	חבר הר"ש
600	550	500	שאינו חבר הר"ש
550	480	420	שיננית

תשלומים:

אבקש לחייב כרטיס אשראי: ויזה/ישראכרט

מס' כרטיס: _____

תוקף כרטיס: _____ סכום ש"ח _____

שם בעל הכרטיס: _____ מס' תעודת זהות: _____

תאריך: _____ חתימה: _____



את טופס ההרשמה יש להעביר באמצעות פקס: 08-9435192
או בדואר אלקטרוני keshet_hafkot@walla.com

נא לוודא הגעת הפקס ב SMS לנייד 054-5219532

לברורים נא לפנות לכוכי 054-5219532