

# The 1<sup>st</sup> International Conference HPB Days in Safed

מרכז רפואי זיו ומלון הגושרים 7-9/04/2016

<p><b><u>ההרשמה על בסיס מקום פנוי</u></b></p> <p>נא לדייק בפרטים, כתב-יד באותיות גדולות ונפרדות, לשם הכנת תגי זיהוי.</p> <p><b>טופס זה מיועד להדפסה</b> ניתן לשלוח בפאקס או סרוק באי-מייל.</p> <p><b><u>ההרשמה החלה</u></b></p> <p>במידת הצורך נדאג לחדרים נוספים במלונות מכובדים סמוכים</p> <p><a href="mailto:Dror.s@ziv.health.gov.il">Dror.s@ziv.health.gov.il</a> <a href="mailto:Hava.zs@ziv.health.gov.il">Hava.zs@ziv.health.gov.il</a></p> <p>טל. 04-682-8555, 04-682-8672 פאקס. 04-682-8134</p>	<p><input type="checkbox"/> פרופ' <input type="checkbox"/> ד"ר <input type="checkbox"/> גב' <input type="checkbox"/> מר <input type="checkbox"/> מתמחה/סטודנט</p> <p>שם פרטי עברית _____ אנגלית _____</p> <p>שם משפחה עברית _____ אנגלית _____</p> <p>מקום עבודה _____</p> <p>מחלקה _____</p> <p>E-Mail _____</p> <p>טל. _____</p> <p>פקס. _____</p> <p>נייד _____</p> <p>נלווים _____</p>
---	--

## **ביצוע תשלום ע"י המשתתף**

כרטיס אשראי:  ויזה  ישראלכר  אחר

סכום: \_\_\_\_\_ מספר כרטיס: \_\_\_\_\_

בתוקף עד: \_\_\_\_\_ ספרות אחרונות בגב הכרטיס: \_\_\_\_\_

שם בעל הכרטיס: \_\_\_\_\_ מספר תעודת זהות: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ שם החותם/המאשר: \_\_\_\_\_

## **התחייבות המוסד**

לפקודת: \_\_\_\_\_

סכום: \_\_\_\_\_ מספר עוסק: \_\_\_\_\_

שם איש קשר: \_\_\_\_\_ תפקיד: \_\_\_\_\_

טלפון: \_\_\_\_\_ פקס: \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_



כתובת: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ שם החותם/המאשר: \_\_\_\_\_

משרד הבריאות, המרכז הרפואי "זיו" - מוסוף לפקולטה לרפואה של אוניברסיטת בר אילן  
Ministry of Health, Ziv Medical Center - Affiliated to the Faculty of Medicine, Bar-Ilan University