|  |
| --- |
| תשלום עבור השתתפות  יום מחקר של החברה הישראלית להיסטוריה של הסיעוד  22 ביוני, 2015 |

**פרטי המשלם:**

שם משפחה (עברית)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם פרטי (עברית)

טלפון להתקשרות

כתובת פרטית:

**דוא"ל** ישמש לשליחת קבלה \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ @ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

\*יש למלא את הכתובת הדוא"ל בכתב ברור וקריא.

**פרטי כרטיס אשראי:**

שם בעל הכרטיס

ת.ז. סוג כרטיס

מספר כרטיס:

CVV (3 ספרות בגב הכרטיס) תוקף: סכום:

תשלום מראש 75 ₪

תשלום ביום הכנס 90 ₪

הנני מאשר כי הפרטים דלעיל הם נכונים. הפרטים שמסרתי ישמשו לצורך מידע ומשלוח דואר.

### תאריך חתימה \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| יש למלא את הטופס ולשלוח בפקס ישירות לחוג לסיעוד  באמצעות פקס 03-6409496  לידי יונת געש קלדרון. |