

PRE - CONGRESS EDUCATIONAL COURSE, 15 October 2005, Prague Congress Centre

REGISTRAČNÍ FORMULÁŘ

(pouze pro členy České nefrologické společnosti)

Zašlete faxem na:
+420 261 174 307

CZECH-IN, Kongresové centrum Praha
5. května 65, Praha 4, 140 21
Email: europd@czech-in.cz

ÚČASTNÍK

<input type="checkbox"/> Dr.	<input type="checkbox"/> Prof.	<input type="checkbox"/> Pan	<input type="checkbox"/> Paní
Příjmení:		Jméno:	
Firma/Institut:			
Oddělení:		Ulice:	Číslo:
PSČ:	Město:		
Tel:		Fax:	
Email:			

ZÚČASTNÍM SE SEKCE

ČÁST I: 08:30 – 10:30	
<input type="checkbox"/> SEKCE I	<input type="checkbox"/> SEKCE II – tlumočení do českého jazyka
ČÁST II: 11:00 – 12:30	
<input type="checkbox"/> SEKCE III	<input type="checkbox"/> SEKCE IV – tlumočení do českého jazyka

REGISTRAČNÍ POPLATEK

450 Kč

ČÁSTKA CELKEM:	450 Kč	Souhlasím a potvrzuji podmínky registrace	
		Podpis:	Datum:

Po obdržení Vašeho registračního formuláře Vám bude vystavena faktura na částku registračního poplatku na jejíž základě je možno provést úhradu poplatku.

ZPŮSOB ÚHRADY REGISTRAČNÍHO POPLATKU

BANKOVNÍ PŘEVODEM:

Číslo účtu: 51-090340287
Kód banky: 0100
Variabilní symbol: číslo faktury