

טופס רישום לסיור רפואי לדרום אמריקה 23.4.14 – 11.5.14:

שם פרטי: עברית _____
אנגלית _____
שם משפחה: עברית _____
אנגלית _____
הערה: נא לכתוב השמות כפי שהם כתובים בדרכון.
מס' דרכון: _____
המקום בו הוצא הדרכון _____
תאריך הוצאת הדרכון _____
תאריך תפוגת הדרכון _____
מס' נוסע מתמיד באל על: _____
בקשה למזון מיוחד בטיסה: _____
כתובת: רחוב _____
מס' _____ עיר _____
מיקוד: _____
טלפון: בית: _____ ע' _____
טל' צולארי: _____ פקס: _____
דוא"ל _____

על החתום:

הערות:

1. נא למלא טופס אחד לכל משתתף.
2. לשלוח הטופס אלי בדואר אלקטרוני: e_shahar@rambam.health.gov.il
או לפקס: 04 - 8543405