

לכבוד
דר' יעקב קליין
מזכל' החוג לשיקום חולי לב
מרכז רפואי שערי-צדק

טל': 02-6555947, 02-6555845
פקס: 02-6555437 – עדיף

הנני מאשר/ת השתתפותי בכנס החוג בתאריך 17.2.04

לא אשתתף

פרטי המאשר:

שם פרטי ומשפחה: _____

מקום העבודה: _____

כתובת: _____

טל': _____

כתובת הדואר האלקטרוני (EMAIL)

שלי: _____@_____