

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

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

22.6.04 הנני מאשר/ת השתתפותי בכנס החוג בתאריך

לא אשתתף

פרטי המאשר:

שם פרטי ומשפחה: _____

מקום העבודה: _____

כתובת: _____

טל': _____

כתובת הדואר האלקטרוני (EMAIL)

שלי: _____@_____