

KAYIT FORMU

Adı Soyadı :..... T.C. Kimlik No :.....
☐ DİŞ HEKİMİ ☐ UZMAN DİŞ HEKİMİ ☐ REFAKATÇI

Telefon :..... Gsm:.....

Fatura Bilgileri:.....

☐ Dış Hekimi: **250 TL** ☐ Günlük Katılım: **100 TL** ☐ Banka Havalesi ☐ Kredi Kartı

* Günlük katılımcılar ve refakatçılar için 5 Ekim'de yapılacak akşam yemeği 75 TL, Gala Yemeği 100 TL'dir.

Kart Sahibinin Adı :.....

KREDİ KARTI NUMARASI:..... ☐ VISA ☐ MASTER

SON KULLANIM TARİHİ :..... GÜVENLİK KODU:.....

Yukarıda bilgileri vermiş olduğum kredi kartında TL tutarı **KART SAHİBİ :**

K.MARAŞ DİŞ HEKİMLERİ ODASI tarafından çekilmesini kabul ediyorum. **TARİH İMZA :**

Kesin kayıt için formu doldurup K.Maraş Dış Hekimleri Odasına fakslayınız.

HESAP BİLGİLERİ

T.C. ZİRAAT BANKASI 198 - K.MARAŞ ŞUBESİ Hesap Adı: K.MARAŞ DİŞ HEKİMLERİ ODASI

İBAN NUMARASI: TR69 0001 0001 9841 8333 4550 01 Hesap No: 41833345 - 5001

İrtibat Numaraları: 0.344 221 85 95 • Fax: 0.344 221 85 95

KONAKLAMA BİLGİLERİ

		TEK KİŞİLİK	İKİ KİŞİLİK	3 KİŞİLİK	Otel rezervasyonu katılımcı tarafından yapılacaktır.
RAMADA OTEL	☆☆☆☆	60 €	80 €	-	
0.344 221 10 10					
ARSAN OTEL	☆☆☆☆	160 TL	200 TL	245 TL	
0.344 235 00 44					
SAFFRON OTELS	☆☆☆	95 TL	135 TL	180 TL	
0.344 224 00 00					
GERMENICA OTEL	☆☆☆	80 TL	120 TL	150 TL	
0.344 231 03 03					

KAHRAMANMARAŞ DİŞ HEKİMLERİ ODASI

Tel: 0.344 221 85 95 • Fax: 0.344 221 85 95 Şeyhadil Cd. Çiftarslan Sitesi A Blok Kat 1 No. 2 - K.MARAŞ