



# A MAGYAR REPRODUKTÍV IMMUNOLÓGIAI TÁRSASÁG V. Kongresszusa

Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Előadóterem  
1134 Budapest, Róbert Károly krt. 44.  
2017. február 4.

## JELENTKEZÉSI LAP

titulus: \_\_\_\_\_ név: \_\_\_\_\_

orvosi működési engedélyszám (orvosi pecsétszám): \_\_\_\_\_

lakcím: irányítószám: \_\_\_\_\_ város: \_\_\_\_\_

utca, házsám: \_\_\_\_\_

mobil: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

munkahely neve: \_\_\_\_\_

címe: irányítószám: \_\_\_\_\_ város: \_\_\_\_\_

utca, házsám: \_\_\_\_\_

telefonszám: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**MARIT tag vagyok:** az 5000 Ft-os részvételi díjat utalom , a helyszínen készpénzben fizetem:

**PhD hallgató vagyok:** a 2500 Ft-os részvételi díjat utalom , a helyszínen készpénzben fizetem:

**Nem vagyok a MARIT tagja:** a 7500 Ft-os részvételi díjat utalom , a helyszínen készpénzben fizetem:

A részvételi díjat a Magyar Reproductív Immunológiai Társaság 10400951-50526585-50561012 bankszámlaszámára utalhatja, a közlemény rovatba a számlanevet, címet, orvosi pecsétszámot is kérjük beírni.

### Számlát az alábbi az alábbi névre, címre kérem kiállítani:

cégnév: \_\_\_\_\_

székhely címe: irányítószám: \_\_\_\_\_ város: \_\_\_\_\_

utca, házsám: \_\_\_\_\_

adószám: \_\_\_\_\_

kapcsolattartó neve: \_\_\_\_\_ telefon/mobil: \_\_\_\_\_

Kelt: 2017. \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
fizető/részvevő aláírása

A jelentkezési lapot kérjük kinyomtatni, és aláírva a **doctor@newcongress.hu** e-mailcímre mihamarabb elküldeni.

A részvételi szándék lemondását írásban, a rendezvény előtt legkésőbb 4 nappal kérjük jelezni.

Az étkezések megrendelése érdekében pontos létszám szükséges, így aki nem mondja le időben a részvételét, a regisztrációs díj számláját ki kell egyenlítenie.

Köszönjük a szíves együttműködést! Szeretettel várjuk a kongresszuson! Tisztelettel: a Szervezők!