**Карта регистрации**

|  |  |
| --- | --- |
| ФИО: | |
| Место работы: | |
| Ученая степень, звание, должность: | |
| Контактная информация: | |
| Город: | |
| Телефон (моб.): | Эл. почта: |

**Формы участия:**

**❒** участие в курсе ISPN по детской нейрохирургии

**❒** Участие в съезде с пленарным докладом

**❒** Участие в съезде с секционным докладом

**❒** Публикация тезисов в рамках съезда

**❒** Слушатель съезда

**регистрация:**

**❒ Пакет участника съезда** – 6.800 руб.

(14 – 16 октября)

**❒ Пакет участника курса ISPN** – 4.200 руб.

(12 – 13 октября)

**Оплата:**

**❒** по безналичному расчету\* **❒** через банк\*\* **❒** по карте заранее\*\*\* **❒** на регистрации

*\*при оплате по безналичному расчету пришлите, пожалуйста, реквизиты организации-плательщика.*

*\*\** *при оплате через банк мы вышлем Вам квитанцию с реквизитами и суммой за участие.*

*\*\*\* к оплате принимаются карты Visa и Master Card. При оплате по карте к сумме участия добавляется комиссия банка – 4%.*

**Размещение в гостинице:**

**❒ Прошу предоставить информацию о размещении в гостинице.**

Я согласен на обработку моих персональных данных и хочу получать информацию о планируемых медицинских мероприятиях: **❒ Да ❒ Нет**

Дата заполнения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_