

REGISTRACIONI FORMULAR DRUGOG KONGRESA ONKOLOGIJE GLAVE I VRATA

Novi Sad, 11-12. april 2019. godine

LIČNI PODACI ZA REGISTRACIJU

Titula i specijalnost	
Ime i prezime	
Broj licence	
Naziv ustanove	
Adresa ustanove, pošt. br. i mesto	
Kućna adresa, pošt. br. i mesto	
Kontakt telefon	
E-mail ili fax	

NEOPHODNI PODACI SAMO UKOLIKO SPONZOR / USTANOVA SNOSI TROŠKOVE KOTIZACIJE

Naziv sponzora / ustanove	
Adresa, pošt. br. i mesto	
PIB	
Ime kontakt osobe i telefon	
E-mail	

CENA KOTIZACIJE

8000 RSD

Uplate izvršiti na tekući račun: **285-2325090000009-50**

Popunjen obrazac slati na E-mail: suogiv@gmail.com

Osoba za izdavanje faktura: Bojana Petaković, broj telefona: 064 5281 658

Nakon prispeća popunjenog formulara, poslaćemo Vam predračun sa žiro računom i svim potrebnim podacima za uplatu kotizacije na E-mail ili fax koji ste ostavili u prijavi.

TECHNICAL SUPPORT:

