**טופס הרשמה לכנס**

**"חידושים בגנטיקה של מחלות עיניים מעוורות במשפחה"**

**יום שישי ה20 לספטמבר 2019**

**מרכז רפואי רבין-בילינסון**

**שם משפחה;..................................................**

**שם פרטי:.......................................................**

**מספר טלפון נייד:................................................**

**דוא"ל:...............................................................**

**אני מלווה משתתף בכנס:.......................................**

**האם אבחנת על ידי רופא עיניים במחלה גנטית?:...............**

**האם עברתי בעבר בדיקות גנטיות?:.....................................**

**אני מעוניין להירשם לכנס:...................................**

**אני מעוניין לעבור בדיקת דם במסגרת הכנס:........................**

 **חתימה:........................................ תאריך:.......................................**

**נא לשלוח את טופס הרשמה בדוא"ל** **לnadine@eyes.org.il**

**או בפקס: 153-99518475**