



PRIJAVA / REGISTRATION

| | Prije / Before 17. veljače 2008. / February 17 th , 2008 | Nakon / After 17. veljače 2008. / February 17 th , 2008 |
|--|--|---|
| Prijavnina / Registration Fees | | |
| liječnici, VSS / doctors | 1000 kn (135 €) | 1300 kn (175 €) |
| Specijalizanti, stažisti, med. setre / residents, nurses, technicians | 700 kn (95 €) | 1000 kn (135 €) |

Osobe u pratnji ne plaćaju prijavninu. / No registration fee for accompanying persons.

SMJEŠTAJ / ACCOMMODATION

Bluesun hotel Elaphusa ** Cjenik / Price list**

| Vrsta smještaja / Accommodation | Cijena / Price |
|---|----------------|
| Dvokrevetna soba / Double room (single use) | 95 € |
| Dvokrevetna soba / Double room | 75 € |

Navedene cijene vrijede samo ako se rezervacija izvrši preko Organizacijskog odbora, a odnose se na polupansion po osobi po danu uključujući boravišnu pristojbu.

The prices indicated in Euro are valid only if booking is made through Organizing Committee and are for half board per person/per night, including taxes.

Krajnji rok za rezervaciju smještaja je 17. veljače 2008. Nakon toga roka traženi smještaj neće moći biti zagarantiran.

Prije odlaska iz hotela svaki sudionik podmiruje svoj račun, umanjen za depozit, na recepciji hotela.

Organizing committee has reserved a number of hotel rooms for the delegates. Hotel accommodation is booked on a first-come, first served basis. If you wish to share accommodation please indicate the name of the participant you have arranged to share a room with. Hotel reservations should be accompanied by 1-night deposit.

Reservations should be made no later than February 17th, 2008. After this date desired hotel accommodation cannot be guaranteed.

When you check out of the hotel, the total amount deducted for the deposit should be settled with the hotel on departure.

PLAĆANJE / PAYMENT

Prijavnina i smještaj mogu se platiti u kunama doznakom na žiro-račun Hrvatskog društva za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju, Hrvatskog liječničkog zbora, Šubićeva 9, 10000 Zagreb. Br.: **2360000-1101214818** s pozivom na broj **268-98** i naznakom svrhe: za 5. Kongres HDNDT te imenom i prezimenom uplatitelja.

*Bank transfer in euros (€) should be made free of charge for the receiver to the: Croatian Society of Nephrology, Dialysis and Transplantation, Croatian Medical Association Šubićeva 9, 10000 Zagreb, Croatia **Bank account: Zagrebačka banka d.d. Savska 60, Zagreb.***

***SWIFT: ZABAHR2X IBAN: HR7423600001101214818** The payment should be clearly identified with your name and purpose (5th Congress of HDNDT)*

Uz prijavu potrebno je poslati i dokaz o uplati. / *Proof of payment must accompany each registration.*

Za sve ostale pojedinosti glede registracije, smještaja, prijevoza ili otkaza sudjelovanja vidjeti upute u konačnoj obavijesti.

See in final announcement for all other details about registration, accommodation or transportation delegate cancellation.

Molimo obrazac popuniti čitko velikim slovima. Za dodatne registracije možete koristiti presliku ovog obrazca.

Please type or use capital letters. For additional registrations you can use the photocopy of this form.

Popunjeni obrazac molimo poslati poštom ili Faxom na:

/ Completed Form please send by mail or Fax. TO:

TAJNIŠTVO KONGRESA / CONGRESS SECRETARIAT

prim.mr.sc.dr. Nikola Janković

OB "Sveti Duh", Interna klinika, Sveti Duh 64, 10000 Zagreb, CROATIA

Tel.: **3851/ 3712-258; Fax: **3851/ 3878-911

E-Mail: tajnik@hdndt.org

SUDIONIČ* / PARTICIPANT*

Prezime / *Family name*: _____ Ime / *First name*: _____

Titula / *Title*: _____ Fax: _____

Adresa / Address

Ustanova / *Institution*: _____

Ulica: i broj: _____ Poštanski broj: _____
Street & street number *Zip code*

Grad/City: _____ Zemlja/Country: _____

E-mail: _____

OSOBA U PRATNJI / ACCOMPANYING PERSON

Prezime _____ Ime _____
Family name *First name*

Osobe u pratnji ne plaćaju prijavninu. / *No registration fee for accompanying persons.*

Prijavnina / *Registration Fees* _____ kn (€)

SMJEŠTAJ* / ACCOMMODATION*

Datum dolaska _____ Datum odlaska _____
Arrival date *Departure date*

Depozit za jednu noć / *One night deposit* _____ kn (€)

Za dvokrevetnu sobu naznačiti ime osobe s kojom želite dijeliti sobu.
For double room please *indicate the name you want to share a room with*

Prezime: _____ Ime: _____
Family name *First name*

Ukupno za platiti / *Total payment*: _____ kn (€)

* Uz prijavu potrebno je poslati i dokaz o uplati.
* *Proof of payment must accompany each registration.*

Datum/Date: _____ Potpis/Signature: _____

POŠALJI ili FAKSIRAJ / SEND or FAX to
Prim.mr.sc.dr. Nikola Janković
OB "Sveti Duh", Interna klinika, Sveti Duh 64, 10000 Zagreb
Tel.: **3851/ 3712-258; Fax: **3851/ 3878-911
E-Mail: tajnik@hdndt.org