

**PLEASE RETURN THIS CARD
TO SYMPOSIUM SECRETARIAT
CAPITAL LETTERS PLEASE**

- Name :
- First Name :
- Institution :
- Address :
- City : Zip Code :
- Country :
- Tel :
- Fax :
- E-mail :
- For Belgian Doctors
IINAMI/RIZIV number :

Fee of € -330.-

Please send Visa or Eurocard/Mastercard number and expiration date to :

Brussels Spine Symposium

M. Szpalski M.D.

HIS Molière Longchamp
rue Marconi 142 • BE-1190 Brussels • Belgium
E-mail : info@spinesymposium.com

VISA EC/MC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Exp. Date

Signature

.....

Or send a bank draft to

Brussels International Spine Symposium

KBC Brussels account Nr : 438-8174421-54

IBAN : BE42 4388 1744 2154 • BIC : KREDBEBB