

Registracija / Registration*

Pavardė/Surname _____ Vardas/Name _____

Adresas/Address _____

Telefonas/Telephone _____

E-pašto adresas/e-mail address* _____

**You may also register and pay on line by credit/debit card via our website at
www.medikai.org*

Nuoširdžiai prašome pranešti, jei žadate atvykti – būtina žinoti dalyvių skaičių.

Apie dalyvavimą prašome pranešti iki balandžio _____

Please RSVP by April _____.

Pobūvio mokestis/Banquet Cost \$ 65 asmeniui/each

Asmenų skaičius/number attending # _____

Viso/ Total \$ _____

Auka / Donation* \$ _____

Pridedu čekį / Check enclosed: \$ _____

Čekius prašome rašyti / Please endorse checks to

World Lithuanian Medical Association

ir siųsti adresu/to the following address:

World Lithuanian Medical Association

Paulius Slavėnas, M.D., Treasurer

P.O. Box 363

Deerfield, IL 60015

*PLMA/WLMA vardu, *via* Lithuanian Research and Study Center, 5620 S. Claremont Avenue, Chicago, IL 60636-9363 (aukos neapmokestinamas valstybės).