**رئیس کنگره:**

**- دکتر محمدمهدی آخوندی**

رئیس پژوهشگاه فناوری های نوین علوم زیستی جهاد دانشگاهی- ابن سینا

**- دکتر حسن ابوالقاسمی**

رئیس دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی، درمانی شهید بهشتی

**دبیران علمی کنگره:**

**- دکتر امیرحسن زرنانی**

رئیس پژوهشکده نانو بیوتکنولوژی

**- دکتر عادل شروین**

مدیر کلینیک اندومتریوز مرکز درمان ناباروری وسقط مکرر ابن سینا

**دبیران اجرایی کنگره:**

**- صفورا سلیمانی فخر**

مدیر روابط عمومی پژوهشگاه

**- مهندس رضا محمودی**

معاون حوزه ریاست دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

**محورهای کنگره:**

- آسیب‌شناسی و علت‌شناسی اندومتریوز
- روشهای تشخیص اندومتریوز
- درمان طبی اندومتریوز
- اندومتریوز و ناباروری
- درمان جراحی اندومتریوز
- عوامل محیطی و اندومتریوز
- کیفیت زندگی در مبتلایان به اندومتریوز
- مباحث اخلاقی در اندومتریوز

**برگزارکنندگان:**

- پژوهشگاه فناوری های نوین علوم زیستی جهاددانشگاهی- ابن سینا
- دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی، درمانی شهید بهشتی


**فرم ۱ : درخواست میز**

**توجه :** در تکمیل این فرم دقت فرمائید در صورت ناقص بودن اطلاعات، ستاد برگزاری هیچ گونه مسئولیتی نخواهد داشت .

**نام فارسی :**

**نام انگلیسی:**

نام مدیر عامل :خانم/ آقای .....

نوع فعالیت : ☐تولید کننده ☐وارد کننده ☐صادر کننده ☐خدماتی ☐علمی

زمینه فعالیت: ☐پزشکی ☐تغذیه ☐تجهیزات آزمایشگاهی ☐داروئی ☐تجهیزات پزشکی

☐سایر (لطفا مشخص فرمائید):.....

آدرس:.....

تلفن :.....

فاکس:.....

هر میز شامل فضای ۱۲۰ در ۷۰ سانتی متر می باشد که توسط دبیرخانه یا کانترهای مورد استفاده متقاضی در فضای نمایشگاه جانبی قرار خواهد گرفت

تعداد میزمورد نیاز:

☐ یک میز ☐ دو میز

با اطلاع کامل از مقررات شرکت در نمایشگاه تقاضای ثبت نام دارم. همچنین متعهد میگردم هزینه مترتب را تا پیش از شروع کنگره به دبیرخانه کنگره پرداخت نمایم.

نام و سمت متقاضی ..... تاریخ / / ۱۳ امضاء و مهر شرکت .....

جهت اعلام تغییرات و اطلاع از جدید ترین اخبار نمایشگاه به سایت www.hamayeshsazan.com مراجعه نمایید.

**.....این قسمت توسط ستاد برگزاری نمایشگاه تکمیل میشود .....**

مبلغ ..... ریال طی فیش بانکی شماره ..... مورخ / / ۱۳ از طریق بانک ..... توسط شرکت .....بابت اجاره میز در نمایشگاه جانبی شانزدهمین کنگره سالیانه تازه های باروری و ناباروری و دومین کنگره کشوری اندومتریوز از نماینده شرکت....، سرکار خانم / آقای ..... دریافت گردید.

**نام متصدی** **تاریخ و مهر و امضاء**


**نشانی دبیرخانه کنگره:**

تهران، بزرگراه شهید چمران، اوین، دانشگاه شهید بهشتی، انتهای بلوار داخل دانشگاه، پژوهشگاه فناوری‌های نوین علوم زیستی جهاددانشگاهی ـ ابن سینا

تلفن دبیرخانه اجرایی: ۲۲۴۳۲۰۲۰ (داخلی ۴۳۴) تلفن دبیرخانه علمی: ۲۲۴۰۲۱۱۰ فکس: ۲۲۴۰۴۱۴۵

**آدرس محل کنگره:**

تهران-بزرگراه شهید چمران-اوین-بلوار دانشجو-خیابان کودکیار، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تالار امام خمینی(ره)