



**טופס בקשת רישום לקורס ברפואה לשיכור כאב- 541309**

שם משפחה (בעברית) \_\_\_\_\_ שם פרטי (בעברית) \_\_\_\_\_

שם משפחה (בלועזית) \_\_\_\_\_ שם פרטי (בלועזית) \_\_\_\_\_

מספר ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך לידה \_\_\_\_\_ ארץ לידה \_\_\_\_\_

שנת עליה \_\_\_\_\_ זכר / נקבה \_\_\_\_\_ מצב משפחתי ר / נ / א / ג \_\_\_\_\_

כתובת פרטית \_\_\_\_\_  
(רחוב, בית, עיר, מיקוד)

כתובת למשלוח דואר \_\_\_\_\_

מס' טלפון: פרטי \_\_\_\_\_ טל' בעבודה \_\_\_\_\_ סלולרי \_\_\_\_\_ -

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ **E-MAIL**

מקום העבודה \_\_\_\_\_ מתמחה / מומחה \_\_\_\_\_

המחלקה/המרפאה \_\_\_\_\_ מס' רשיון \_\_\_\_\_

קבלתי תואר \_\_\_\_\_ מאוניברסיטת \_\_\_\_\_ בארץ \_\_\_\_\_ בשנת \_\_\_\_\_

סכום לתשלום:  480 ₪ דמי רישום  1,900 ₪ שכר לימוד (נא לסמן ✓)

**פרטי כרטיס אשראי:** שם בעל הכרטיס \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

סוג כרטיס \_\_\_\_\_ מספר כרטיס \_\_\_\_\_ תוקף / \_\_\_\_\_

שם סניף הבנק בו מנוהל חשבון כרטיס האשראי: \_\_\_\_\_ ומספרו: \_\_\_\_\_

מספר תשלומים ללא ריבית (עד 5) \_\_\_\_\_ בקרדיט \_\_\_\_\_ (עד 12)

**באמצעות המחאות:** ניתן לשלם ב - 4 תשלומים שווים. ההמחאות לפקודת מוסד הטכניון למחקר ופיתוח בע"מ. משלוח לכתובת הר"מ. הצ'קים יופקדו לאחר פתיחת הקורס בלבד.

הנני מאשר כי הפרטים דלעיל הם נכונים.

הפרטים שמסרתי ישמשו לצורך משלוח מידע ופרסומים מטעם ביה"ס.

ביטול ע"י הנרשם: הודעה בכתב עד 10 ימים טרם פתיחת הקורס. במקרה זה יוחזר שכר הלימוד. לאחר מועד זה יחויב הנרשם בתשלום מלא, דמי הרישום אינם מוחזרים בשום שלב. יש לסיים את התשלומים עד למועד סיום הקורס ע"מ לקבל תעודת גמר

\_\_\_\_\_ חתימה

\_\_\_\_\_ תאריך