

טופס הרשמה לסדנאות בנושא כאב

תואר (ד"ר, גב', מר) _____ שם פרטי _____ שם משפחה _____
ת.ז. _____ תחום עיסוק _____
כתובת _____ מיקוד _____ טלפון _____
דואר אלקטרוני _____

אני מעוניין להשתתף בסדנאות הבאות:

- סדנא 1- קנאביס לצרכים רפואיים
- סדנא 2- כאבי גב תחתון
- סדנא 3- כאבי ראש
- סדנא 4- כאבי כתף
- סדנא 5- CBT
- סדנא 6- הברך
- סדנא 7- כאב אונקולוגי
- סדנא 8- אנתזופטיות

סה"כ סדנאות: _____ x 50 ₪
סה"כ לתשלום: _____

אפשרויות תשלום:

מצורפת המחאה לפקודת: תאגיד בריאות רמב"ם
או

נא לחייב את כרטיס האשראי שלי

סוג כרטיס _____ מספר כרטיס _____

תוקף (שנה/חודש) _____ / _____ בעל הכרטיס _____

נא לשלוח לי:

(1) פקס: 04-8543505

(2) בדואר אלקטרוני: b_goldwein@rambam.health.gov.il

חתימה _____