

תאריך _____

לכבוד
ד"ר דורון מרימס
מרכז הקורס
פקס 04-6375772
מייל michalya@shoham.health.gov.il

שלום רב,

הנדון: הרשמה לקורס דמנציה ודלריום 2020

הריני מאשר/ת את השתתפותי בקורס בנושא: דמנציה ודלריום 2020 אשר יתקיים במרכז הרפואי הגריאטרי "שהם" בפרדס חנה. אני מתחייב/ת בזאת לשאת בעלות הקורס 900 ₪ ולהעביר תשלום עבור השתתפותי בקורס עד לתאריך 6.5.20.

שם פרטי:	_____	שם משפחה:	_____
מספר זהות:	_____	טלפון נייד:	_____
טלפון:	_____	פקס:	_____
כתובת דוא"ל:	_____		
מקום העבודה:	_____ תפקיד: _____		
כתובת בעבודה:	_____		
כתובת בבית:	_____		

בחירת אמצעי התשלום (יש לסמן ב- X את בחירתך), לפרטים יש לפנות ללירז - מחלקת כספים 04-6375616:

☐ באמצעות כרטיס אשראי.

☐ באמצעות המחאה לפקודת המרכז הרפואי "שהם" פרדס חנה.

☐ במזומן.

אמצעי הגעה/חנייה (יש לסמן ב- X את בחירתך):

☐ אודקק להסעה מתחנת הרכבת בבנימינה: שעת איסוף משוערת 08:00, שעת חזרה משוערת 14:30.

☐ בכוונתי להגיע ברכב פרטי, ולהחנות בחנייה החופשית במקומות המסומנים בלבד.

**** מספר המקומות מוגבל**

בברכה,

שם מלא וחתימה _____