תאריך \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

לכבוד

מרכז הקורס ד"ר רון שחורי

פקס - 04-8120494

שלום רב,

הריני מאשר/ת את השתתפותי בקורס גריאטריה 2021, במרכז גריאטרי-שיקומי פלימן, בחיפה.

**יש לשלוח אישור זה עד תאריך 01.03.2021.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| שם פרטי: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | שם משפחה: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ת.ז.: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| טלפון עבודה: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | נייד: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| פקס: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| כתובת: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | מקום עבודה: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Email: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |

בברכה,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_