תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

לכבוד

ד"ר רון שחורי, רכז הקורס

מייל: ron.shahory@MOH.HEALTH.GOV.IL

פקס: 04-8120494

טלפון לשאלות 052-8247034

הנדון: **הרשמה לקורס גריאטריה 2021**

הריני מאשר/ת את השתתפותי בקורס גריאטריה לרופאים 2021 אשר יתקיים באופן מקוון,
במרכז הגריאטרי-שיקומי פלימן בחיפה. אני מתחייב בזאת לשאת בעלות הקורס בסך 1600 ₪.

**יש להעביר תשלום עבור השתתפות בקורס עד תאריך 10/03/2021.**

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

בחירת אמצעי תשלום (יש לסמן ב-X את בחירתך)

* באמצעות כרטיס אשראי בטלפון 03-6973427 בין שעות 8.00-15.00.
* בהעברה בנקאית לחשבון בנק של תאגיד הבריאות ליד המרכז הרפואי תל אביב
	+ מס' חשבון 551113
	+ סניף 567
	+ בנק הפועלים

**בכל מקרה של תשלום באמצעות העברה בנקאית- יש לשלוח אסמכתא לכתובת מייל: hovavt@tlvmc.gov.il**

בברכה,

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

 חתימת המועמד