



טופס הרשמה

לשנת הלימודים תש"ע 2009/2010 סמסטר א / ב

טופס ההרשמה יתקבל רק בצרוף המחאה / התחייבות (לא בכרטיס אשראי) על סך ש"ח הלימוד לקורס אליו נרשמים ולשלוח לפי המען:

ביה"ס ללימודי המשך ברפואה, אוניברסיטת ת"א, רמת אביב 69978

שם משפחה (בעברית) _____ שם פרטי (בעברית) _____

שם משפחה (בלועזית) _____ שם פרטי (בלועזית) _____

מספר ת.ז. _____ שנת 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 _____ סולרי _____ - _____

מס' פקס _____ E-MAIL _____ @ _____

מקום העבודה _____ מתמחה / מומחה _____

המחלקה/המרפאה _____ מס' רשיון _____

קבלתי תואר _____ מאוניברסיטת _____ בארץ _____ בשנת _____

הנני מבקש להירשם לקורסים: (1) _____

(2) _____

(3) _____

הנני מאשר כי הפרטים דלעיל הם נכונים.
הפרטים שמסרתי ישמשו לצורך משלוח מידע ופרסומים מטעם ביה"ס.

תאריך _____ חתימה _____

לשימוש משרדי בלבד

התקבל תשלום ממוסד _____ מיום _____

קבלה / חשבון מס' _____ ע"ס _____ ש"ח _____