

טופס בקשת רישום לקורס ברפואה לשיכור כאב וברפואת שריר שלד

541313 (שנה ב')

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

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

מספר ת.ז. _____ תאריך 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 _____ סלולרי _____ - _____

_____ @ _____ **E-MAIL**

מקום העבודה _____ מתמחה / מומחה _____

המחלקה/המרפאה _____ מס' רשיון _____

קבלתי תואר _____ מאוניברסיטת _____ בארץ _____ בשנת _____

פרטי רכב לטובת חנייה בפקולטה לרפואה: מס' רכב _____ סוג: _____ צבע: _____

סכום לתשלום: **480 ₪** - דמי רישום, **5,025 ₪** - שכר לימוד
10% הנחה + פטור מדי רישום למסיימי שנה א' רפואה לשיכור כאב בטכניון

(נא לסמן ✓)

לאחר שליחת הטופס לפקס **04-8295381** או למייל **kbiana@technion.ac.il**, ישלח אליך למייל קישור לפורטל התשלומים המאובטח לביצוע התשלום. רק לאחר ביצוע התשלום יתקבל אישור הרשמה לקורס.

*טופס זה אינו מהווה אישור הרשמה.

תשלום באמצעות (נא לסמן ✓) : אשראי המחאה מזומן

באמצעות המחאות: ניתן לשלם ב - 6 תשלומים שווים. ההמחאות לפקודת מוסד הטכניון למחקר ופיתוח בע"מ. משלוח לכתובת הר"מ. הצ'קים יופקדו לאחר פתיחת הקורס בלבד

הנני מאשר כי הפרטים דלעיל הם נכונים.

הפרטים שמסרתי ישמשו לצורך משלוח מידע ופרסומים מטעם ביה"ס.

ביטול ע"י הנרשם: הודעה בכתב עד 10 ימים טרם פתיחת הקורס. במקרה זה יוחזר שכר הלימוד. לאחר מועד זה יחויב הנרשם בתשלום מלא.

_____ חתימה

_____ תאריך