|  |  |
| --- | --- |
| ***הפקולטה לרפואה ע"ש רות וברוך רפפורט***  ***ביה"ס ללימודי המשך מתקדמים ברפואה***  ***ת.ד 9649, בת גלים, חיפה 31096, ישראל***  ***טלפקס : 04-8295381,*** *fyael@technion.ac.il* | ***logo 1טכניון הטכניון* *- מכון טכנולוגי לישראל***  ***היחידה ללימודי המשך ולימודי חוץ***  ***בניין קנדה, קריית הטכניון, חיפה 32000*** |

***טופס בקשת רישום לקורס קרדיולוגיה 2015 (541803)***

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 כרטיס אשראי:** שם בעל הכרטיס \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת.ז.

סוג כרטיס\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מספר כרטיס תוקף /

שם סניף הבנק בו מנוהל חשבון כרטיס האשראי:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ומספרו: \_\_\_\_\_\_

סכום לתשלום **1,020 ₪** מספר תשלומים ללא ריבית (עד 4) \_\_\_\_\_ בקרדיט \_\_\_\_\_ (עד 10)

**-------------------------------------------------------------------------------------------------**

**באמצעות המחאות**: ניתן לשלם ב – 4 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.

תאריך \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_