

תאריך: _____

אילון הרשמה

ע השתלמות:

1. נתונים אישיים:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____
מס' ת"ז: _____ תאריך לידה: _____

2. כתובת מגורים:

שם הישוב _____ רחוב/שכונה _____ מס' בית _____ ת"ד _____
מיקוד _____
מס' טלפון _____ טלפון נייד _____
דואר אלקטרוני _____

3. מקום עבודה:

בית חולים/אחר _____ מחלקה _____
טלפון עבודה _____

לשאלון ההרשמה יש לצרף:

1. צילום תעודת זהות וספח

2. דמי הרשמה בסך - 100 ₪:

תשלום במזומן במזכירות ביה"ס לסיעוד

תשלום בכרטיס אשראי

• במקרה של ביטול הרשמה ע"י המועמד דמי ההרשמה לא יוחזרו.

ofakim@b-zion.org.il פקס: 04-8360117 טל: 04-8359711 04-8359361

הובהר לי שהקורס הנ"ל מיועד לאחים/ות מוסמכים/ות בלבד ויוגש לאישור לגמול
השתלמות (עפ"י הנחיית משרד החינוך ומשרד הבריאות) לאחר שיסתיים

חתימה: _____

רח' גולומב 58 ת.ד. 4940, חיפה 31048 | טל. 04-8359361, 04-8359711 פקס. 04-8360117 | b-zion.org.il
940, Haifa 31048, Israel | Tel. 972-4-8359361, 972-4-8359711 | Fax. 972-4-8360117

לשימוש משרדי פנימי בלבד

שם מקבל התשלום _____

לשימוש משרדי פנימי בלבד

תאריך _____

שם
מקליד _____