

תאריך: \_\_\_\_\_

## אגון הרשמה

### עם התאמות:

#### 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

[ofakim@b-zion.org.il](mailto:ofakim@b-zion.org.il) פקס: 04-8360117 טל: 04-8359711 04-8359361

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

חתימה: \_\_\_\_\_

לשימוש משרדי פנימי בלבד

שם מקבל התשלום \_\_\_\_\_

לשימוש משרדי פנימי בלבד

תאריך \_\_\_\_\_

שם \_\_\_\_\_

מקליד \_\_\_\_\_