



# המרכז הגריאטרי - שקומי פלימן

משרד הבריאות  
מסונף לפקולטה לרפואה, הטכניון חיפה

תאריך: \_\_\_\_\_

לכבוד

ד"ר רון שחורי, מנהל הקורס

מייל: [ron.shahory@MOH.HEALTH.GOV.IL](mailto:ron.shahory@MOH.HEALTH.GOV.IL)

פקס: 04-8120494

טלפון לשאלות 052-8247034

**הנדון: הרשמה לקורס גריאטריה לרופאים במרכז הגריאטרי שקומי פלימן, מחזור ב' (11/2021)**

הריני מאשר/ת את השתתפותי בקורס גריאטריה לרופאים 2021-2022 אשר יתקיים באופן מקוון, במרכז הגריאטרי-שקומי פלימן בחיפה. אני מתחייב בזאת לשאת בעלות הקורס בסך 1600 ₪.

**יש להעביר תשלום עבור השתתפות בקורס עד תאריך 17/11/2021.**

שם פרטי:	_____	שם משפחה:	_____
ת.ז.:	_____		
טלפון עבודה:	_____	נייד:	_____
פקס:	_____		
כתובת:	_____	מקום עבודה:	_____
Email:	_____		

בחירת אמצעי תשלום (יש לסמן ב-X את בחירתך)

- באמצעות כרטיס אשראי בטלפון 03-6973427 בין שעות 8.00-15.00.
- בהעברה בנקאית לחשבון בנק של תאגיד הבריאות ליד המרכז הרפואי תל אביב
  - מס' חשבון 551113
  - סניף 567
  - בנק הפועלים

בכל מקרה של תשלום באמצעות העברה בנקאית- יש לשלוח אסמכתא לכתובת מייל:  
[hovavt@tlvmc.gov.il](mailto:hovavt@tlvmc.gov.il)

בברכה,

\_\_\_\_\_

חתימת המועמד