***טופס הרשמה***

***פסיכותרפיה בטיפול במחלות כרוניות – 30 בנובמבר - 1 בדצמבר 2014, אולם הכט***

לכבוד

המרכז הקליני הבין - תחומי

הפקולטה למדעי רווחה ובריאות

אוניברסיטת חיפה, הר כרמל, חיפה 31905

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*שם משפחה שם פרטי כתובת עיסוק*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*טלפון טלפון נייד דוא"ל*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*כיצד שמעתם עלינו? האם תרצו לקבל מידע בעתיד על פעילות המרכז הקליני*

*מצ"ב****:* דמי הרשמה נא להקיף בעיגול**

**בסך 210 ₪ (יום אחד [נא לציין תאריך] - הרשמה מוקדמת עד 24 באוקטובר).**

**בסך 380 ₪ (יומיים - הרשמה מוקדמת עד 24 באוקטובר).**

**בסך 240 ₪ (יום אחד [נא לציין תאריך] - הרשמה מאוחרת החל 25 באוקטובר).**

**בסך 420 ₪ (יומיים הרשמה מאוחרת החל מה-25 באוקטובר).**

***בהמחאה לפקודת אוניברסיטת חיפה בלבד:***

1. מס' \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_\_\_\_ בנק \_\_\_\_\_\_\_\_\_**לפקודת אוניברסיטת חיפה**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

בכרטיס אשראי: סוג \_\_\_\_\_\_\_\_ תוקף

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ת.ז. בעל כרטיס

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

מספר כרטיס :

שם בעל הכרטיס: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**התוכנית, קיומה ומועדיה כפופים לשינויים על פי שיקול דעתם הבלעדי של המרכז הקליני ו/או שותפיו לניהול ההשתלמות. בין השאר, קיום ההשתלמות מותנה בהרשמת מספר מספק של משתתפים. ביטול השתתפות בהשתלמות ע"י המשתתף וקבלת החזר כספי יתאפשרו אך ורק עד 3 ימים לפני תחילתה המתוכננת של התוכנית ובתשלום דמי ביטול בסך 70 ש"ח.**

**הצהרת הנרשם - התנאים שלעיל ידועים לי ובהרשמתי לתוכנית אני מסכים להם במלואם.**

* *לפרטים נוספים, ניתן לפנות למזכירות המרכז הקליני הבין- תחומי*

*טל: 04-8288622/3, פקס: 04-8288621*