***טופס הרשמה***

***קנביס – בין שימוש לטיפול – מבט בין תחומי –22 בדצמבר 2014, אולם הסנאט***

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 בסך:**

**90 ₪ בהרשמה מוקדמת עד 16 בדצמבר**

**110 ₪ בהרשמה מאוחרת החל מ 17 בדצמבר**

**30 ₪ לסטודנטים בהצגת תעודת סטודנט**

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

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

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

בכרטיס אשראי: סוג \_\_\_\_\_\_\_\_ תוקף מס' תשלומים \_\_\_\_\_\_\_

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

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 50 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*