

תאריך _____

לכבוד
ד"ר דורון מרימס
מרכז הקורס
פקס 04-6375772
מייל michalya@shoham.health.gov.il

שלום רב,

הנדון: הרשמה לקורס דמנציה ולדלריום 2019

הריני מאשר/ת את השתתפותי בקורס דמנציה ולדלריום 2019 אשר יתקיים במרכז הרפואי הגריאטרי "שהם" בפרדס חנה. אני מתחייב/ת בזאת לשאת בעלות הקורס 850 ₪ ולהעביר תשלום עבור השתתפותי בקורס עד לתאריך _____.

שם פרטי : _____ שם משפחה : _____

מספר זהות : _____ טלפון נייד : _____

טלפון : _____ פקס : _____

כתובת דוא"ל : _____

מקום העבודה : _____

כתובת בעבודה : _____

כתובת בבית : _____

בחירת אמצעי התשלום (יש לסמן ב- X את בחירתך), לפרטים יש לפנות ללירז - מחלקת כספים 04-6375616:

באמצעות כרטיס אשראי.

באמצעות המחאה לפקודת המרכז הרפואי "שהם" פרדס חנה.

במזומן.

אמצעי הגעה/חנייה (יש לסמן ב- X את בחירתך):

אודקק להסעה מתחנת הרכבת בבנימינה: שעת איסוף משוערת 08:00, שעת חזרה משוערת 14:30.

בכוונתי להגיע ברכב פרטי, ולהחנות בחנייה החופשית במקומות המסומנים בלבד.

בברכה,

שם מלא וחתימה
