

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 /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

הר כרמל, חיפה 31905 | 31905 Mount Carmel, Haifa

Phone: 972-4-8288-622/3 טל:

E-mail: icc@univ.haifa.ac.il דוא"ל:

Fax: 972-4-8288-621 :וק

אתר: Web: icc.haifa.ac.il