



טופס הרשמה לקורס מודולה בהדרכה קלינית

שם משפחה:	_____	שם פרטי:	_____
באנגלית - שם משפחה:	_____	באנגלית - שם פרטי:	_____
ת.ז:	_____	תאריך לידה:	_____
אזרחות:	_____	מין: ז/ג מצב משפחתי:	_____ ילדים:
שם הישוב:	_____	רחוב/שכונה:	_____ מס' בית:
מיקוד:	_____	טלפון בבית:	_____
טלפון נייד/נוסף:	_____	טלפון בעבודה:	_____
פקס בבית:	_____	פקס בעבודה:	_____
כתובת E-mail: _____@_____			

תשלום דמי הרשמה : 100 ₪

ניתן לשלם את דמי ההרשמה:

1. בהמחאה, לפקודת: "המכללה האקדמית עמק יזרעאל", ולשלוח בצירוף לטופס ההרשמה בדואר, לחוג לסייעוד לפי הפרטים הרשומים מטה.
2. בכרטיס אשראי: למלא את טופס בקשה לביצוע עסקה, ולשלוח בצירוף לטופס ההרשמה בדואר, במייל או בפקס לחוג לסייעוד לפי הפרטים הרשומים מטה.

להלן הפרטים למשלוח:

המכללה האקדמית עמק יזרעאל, החוג לסייעוד, ד.ג. עמק יזרעאל 19300
טל': 04-6423638, פקס: 04-6423627

מייל: hadark@yvc.ac.il

טופס הרשמה שלא יצורף לו תשלום דמי הרשמה לא יטופל.

תשלום דמי הרשמה נגבים עבור טיפול בבקשת ההרשמה לקורס, ואינם מוחזרים בשום מקרים, גם אם המועמד לא התקבל לקורס, או לא מימש זכותו ללמוד, או ביטל את הרשמתו.

מקום עבודה נוכחי:

בי"ח / מוסד _____ מחלקה _____ יחידה _____
היקף משרה _____
מס' שנות ניסיון במחלקה _____ שם האח/ות האחראי/ת _____

מקומות עבודה קודמים (מסיום ביה"ס לסיעוד ועד למקום עבודתך האחרון):

שם המוסד/מחלקה	מס' שנות עבודה במוסד/מחלקה
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

1. השכלה בסיעוד:

שם ביה"ס לסיעוד מוסמכות _____ שנת סיום ביה"ס: _____

2. השכלה אקדמית:

שם המוסד _____ סוג התעודה _____ שנה _____

3. לימודים נוספים:

בין השנים: _____

מקום הלימוד: _____

יציאה ללימודים: סמן עיגול סביב הנכון לך

1. בתמיכת המוסד בו את/ה מועסק/ת

2. באופן עצמאי

הנני מאשר כי המידע הנ"ל נכתב על ידי

תאריך _____ חתימה _____

טופס בקשה לביצוע עסקה טלפונית בכרטיס אשראי

שם משפחה (פרטי בעל הכרטיס) _____ שם פרטי _____

מס' ת.זהות _____

כתובת _____ עיר _____ מיקוד _____

טל' _____ טל' נייד _____

סכום העסקה : 100 ₪

עבור: (פרטי הסטודנט) _____

שם כרטיס אשראי:

ויזה

דינרס

ישראלכרט

ישראלכרט דיירקט

אמריקן אקספרס

ב- _____ תשלומים

בקרדיט / ישראלקרדיט

מספר כרטיס אשראי: _____ / _____ / _____ / _____

תוקף הכרטיס : _____ / _____

חתימת בעל הכרטיס

תאריך

קבלת קהל:
יום א'-ג'-ד': 08:30-12:30
14:00-16:00
ב' - ה': 08:30-12:30

מדור שכר לימוד
ד.נ. עמק יזרעאל, 19300
טל': 04-6423510-511-669-442
פקס: 04-6423557

מייל: helenea@yvc.ac.il