



לכבוד
 היחידה ללימודי המשך
 הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות
 אוניברסיטת חיפה, 3498838
 טל': 04-8240801; 04-8240457 פקס: 04-8249873

טופס הרשמה

לתוכנית _____

שם משפחה _____ שם פרטי _____

תאריך לידה ____ / ____ / ____ מין ז / נ

מס' ת.ז. (כולל ספרת ביקורת)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

כתובת פרטית _____

ישוב _____ מיקוד _____

טלפון _____ טלפון נייד _____

דואר אלקטרוני _____

מקום עבודה _____ טלפון _____

מקצוע (פרט) _____ שנות ותק _____

מהו התואר הפורמאלי הגבוה ביותר שקבלת? _____

תפקיד הנוכחי _____ שנות ותק _____

מצ"ב דמי הרשמה בסך 300 ש"ח לתוכנית שנתית ו/או

100 ש"ח לתוכנית סמסטריאלית. סכום אחר _____ ש"ח

בהמחאה לפקודת אוניברסיטת חיפה.

בכרטיס אשראי (למעט דינרס ואמריקן אקספרס):

סוג _____

על שם: _____ ת. זהות: _____

תוקף ____ / ____ / 3 ספרות אחרונות בגב הכרטיס: _____

מספר:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

הובא לידיעתי, כי דמי ההרשמה אינם מוחזרים למועמדים
 שלא נתקבלו או שביטלו את הרשמתם.

תאריך ____ / ____ / ____ חתימה _____