<u>טופס הרשמה:</u>

שם התוכנית: הדרכה ייעוץ וטיפול מיני לאנשים עם מוגבלות, חולי וזקנה

שם משפחה _____ שם פרטי_____

תאריך לידה ___ /___ /___ **מין <u>ז / נ</u>**

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 נוכחי _____ שנות ותק _____

מצ"ב דמי הרשמה בסך 250 ש"ח לתוכנית שנתית.

בהמחאה מס' _____ בנק _____ סניף _____

לפקודת: א.ד.נ.מ בע"מ

בכרטיס אשראי: על שם _____ ת"ז _____

סוג _____ תוקף ____ / ____

מספר: _____

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

תאריך ____/ ____/ ____ חתימה _____