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

טופס תשלום

ביטוח לאומי לחודשי הקיץ

בתכנית הכשרה מעשית מתקדמת

בטיפול באמצעות אמנויות

שם משפחה _____ שם פרטי _____

תאריך לידה ___/___/___ **מין ז / נ**

מס' ת.ז. (כולל ספרת ביקורת) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

כתובת למשלוח דואר _____

_____

מיקוד _____ טלפון נייד _____

דואר אלקטרוני _____

במסלול אמנות פלסטית / דרמה תרפיה /

תנועה ומחול / פסיכודרמה / טיפול במוסיקה

חודשי ההכשרה המעשית: [סמן]

יולי 2019 / אוגוסט 2019 / ספטמבר 2019

מצ"ב תשלום בסך **90 ₪**

☐ בהמחאה לפקודת אוניברסיטת חיפה

☐ בכרטיס אשראי (למעט דיינרס ואמריקן אקספרס): סוג _____

על שם: _____ ת. זהות: _____

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

מספר:

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

- הובא לידיעתי כי באחריותי להודיע ליחידה עד לתאריך 15.7.2018 באם אני ממשיך את ההכשרה לאחר חודש **יוני 2018**

תאריך____/ ____/____ חתימה_____