**קורס תרפיה מיופשיאלית**

**טופס הרשמה**

**יש למלא את הטופס ולשלוח לפקס 03-9192531**

**או למייל:** advancmd.info@smile.net.il

אנו שמחים שהחלטת להירשם ללימודים ומאחלים לך קורס פורה ומהנה. על מנת ליצור ערוצי קשר באופן שוטף ויעיל, נודה לך אם תמלא/י את הפרטים הבאים:

|  |  |
| --- | --- |
| **שם משפחה:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **שם פרטי:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| **מס תעודת זהות:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| **טלפון נייד:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **טלפון בבית:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **דואר אלקטרוני:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **כתובת:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **מיקוד:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **מקצוע:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **תחום התמחות:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**פרטי כרטיס האשראי לחיוב:**

דמי הרשמה מוקדמת (חובה) 🞏 500 ₪ (חלק ממחיר הקורס)

עלות הקורס 🞏 3,821 ₪ (לפני מע"מ) – 4,470₪ (כולל מע"מ)

מס ' תשלומים:\_\_\_\_\_ (עד 6 תשלומים ללא ריבית)

**סוג כרטיס האשראי (הקף/י בעיגול):** ויזה/ישראכרט/אמקס

מספר כרטיס אשראי: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שלוש הספרות שבגב הכרטיס: \_\_\_\_\_\_\_ תוקף כרטיס: \_\_\_/ \_\_\_

שם בעל/ת הכרטיס:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ת.ז של בעל הכרטיס:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* **חובה להסדיר את התשלום לקורס במלואו לפני תחילת הקורס**.

**תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם פרטי ומשפחה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_**