

תאריך: _____

טופס הרשמה

אבקש לצרף את שמי לרשימת המועמדים לקורס: _____

פרטים אישיים:

שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.
כתובת פרטית	עיר	מיקוד
טלפון בית	טלפון נייד	פקס
דואר אלקטרוני	תאריך לידה	השכלה
	תואר אקדמי	

מקום עבודה:

שם החברה	תפקיד	טלפון בעבודה
----------	-------	--------------

רצ"ב 300 ש"ח דמי הרשמה (600 ש"ח - לקורס עם סדנת מיון)
דמי הרישום לא יוחזרו - אלא אם הקורס בוטל ע"י המרכז להשתלמויות

אופן התשלום (נא לסמן)

המחאה לפקודת בר אילן חברה למחקר ופיתוח בע"מ

מזומן

כרטיס אשראי: ויזה לאומי קארד ישראלכרט דיינרס אמריקן אקספרס אחר

פרטי כרטיס האשראי:

שם בעל הכרטיס	ת.ז. בעל הכרטיס
מספר כרטיס	תוקף הכרטיס
נא לציין 3 ספרות בגב הכרטיס (חובה):	חתימת בעל הכרטיס:

חתימת המועמד: _____

1-800-36-10-60 • WWW.BIUH.CO.IL

המרכז להשתלמויות, אוניברסיטת בר-אילן רמת-גן 52900, טל: 03-5343613 פקס: 03-5351362