**טופס הרשמה לקורס**

**מיינדפולנס למטפלים**

מרצה: גב' איילת שמולביץ'

1. **פרטים אישיים**

שם משפחה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ת.ז. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_\_\_

טלפון בבית \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ טלפון נייד \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

כתובת דוא"ל \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **מקצוע ותעודות**

מקצוע \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תואר: ראשון שני שלישי (נא להקיף בעיגול)

1. **מקום עבודה**

מקום עבודה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תפקיד וותק מקצועי \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**יש לצרף העתקי תעודות**

**דמי הרשמה: 150 ₪**

**שכר לימוד: 2,600 ₪**

* תשלום בכרטיס אשראי 🞎 ויזה מס' כרטיס: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞎 ישראכרט תוקף: \_\_\_\_ / \_\_\_ cvv: \_\_\_\_

 🞎 דיינרס מס' תשלומים (עד 3) : \_\_\_\_\_\_\_\_

🞎 אמריקן אקספרס שם בעל/הכרטיס:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מס' תעודת זהות:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\* דמי הרשמה והעתקי תעודות לא יוחזרו**