טופס הרשמה

**יש לשלוח טופס רישום במייל למזכירות הקורסים – Umbrella Events:** **umbrella.inquiry@gmail.com**

 Prefix:(Prof./Dr.(\_\_\_\_\_\_\_\_First Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Last Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Institution (Company Name) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mobile number:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail address:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postal Address:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

קבלה בגין ההרשמה על שם:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מס' ע.מ./ח.פ. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*דמי הרשמה (נא לסמן בהתאם):**

[x]  דמי הרשמה לקורס מלא, כולל Hands-On: **1000** **₪**  [x]  דמי הרשמה להרצאות בלבד: **250** **₪**

**לתשומת לבך>>> ההרשמה לקורס הינה על בסיס מקום פנוי. לאחר העברת טופס הרישום במייל למזכירות הקורסים תקבל מייל חוזר לגבי סטטוס הרשמתך. במידה והרשמתך תאושר - יש לבצע תשלום בהעברה בנקאית מיידית או בכרטיס אשראי לפי הפרטים הבאים:**

**תשלום באמצעות כרטיס אשראי**

יבוצע בטלפון 04-6304766 מול הגב' טלי שחר,

 באם אין מענה יש להתקשר לטלפון

04-6304701 לגב' איבט גלעדי

**תשלום באמצאות העברה בנקאית:**

בנק לאומי (10)

סניף חדרה 953

חשבון מספר 18181/35

ע"ש- קרן מחקרים המרכז הרפואי הלל יפה

**את אישור ההעברה/הפקדה יש להעביר מיד בסיום ההעברה הבנקאית למזכירוצת הקורס במייל:** **umbrella.inquiry@gmail.com**

**העברה בנקאית:**

**מועד אחרון לתשלום : 31.01.2017 לתשומת לבך: במידה ולא יבוצע תשלום תוך 24 שעות, לא ישמר המקום בקורס.**

לבירורים **לגבי תשלומים** יש לפנות לגב' טלי שחר בטלפון 04-6304766, באם אין מענה יש להתקשר לטלפון לגב' איבט גלעדי בטלפון 04-6304701

**מדיניות ביטולים:**

\* עד 30.01.2018: ייגבו 50% דמי ביטול

\*החל מ31.01.2018 ייגבו 100% דמי ביטול

 [ ]  אני מאשר/ת את מדיניות הביטולים \* שם מלא: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מס' ת.ז.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_