# **טופס הרשמה בכרטיס אשראי – לפורום ביון –**

***מרכז ד"ר משה לנדאו***

***נא לשלוח במייל:*** ***galitb@tauex.tau.ac.il*** ***/ פקס: 03-6406387***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| שם משפחה |  |  | שם פרטי |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ת.ז. |  |  |  |  |  |  |  |  |  | טלפון |  |  |

מצ"ב: תשלום בסך 280 ₪ /

בסך 200 ₪ (למורי ותלמידי התכנית לפסיכותרפיה המרכז האקדמי ללימודי המשך ברפואה, אוניברסיטת תל אביב)

**פרטי כרטיס אשראי:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| שם בעל הכרטיס |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ת.ז. בעל הכרטיס |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| מספר כרטיס |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| תוקף |  |  | / |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3 ספרות ביקורת בגב הכרטיס |  |  |  | סוג כרטיס |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| סכום לתשלום |  | ₪ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| מייל למשלוח קבלה בתשלום באשראי |  |  |

הנני מאשר כי הפרטים דלעיל הם נכונים.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| תאריך |  |  | חתימה |  |  |