



הרשמה בהתחייבות מחלקתית שנת הלימודים תשפ"ה

גינקולוגיה ומיילדות | דימות | עיניים
אף אוזן גרון | דרמטולוגיה | רפואת ילדים
אורתופדיה | הרדמה וטיפול נמרץ

קורסים שבועיים: עד 14 מפגשים בסמ'
קורסים דו שבועיים: עד 7 מפגשים בסמ'
קורסים חודשיים: כ-6 מפגשים בשנה
תשלום על פי מדרג מספר הנרשמים

חודשי שנתי	דו שבועי		שבועי		מס' מתמחים	מדרג
	שנתי	סמסטר	שנתי	סמסטר		
4,400	6,000	4,000	12,000	7,000	5-3	1
	11,000	7,000	25,000	14,000	9-6	2
	19,000	11,000	40,000	25,000	10 ומעלה	3

- באם מספר הנרשמים על פי המדרג בקצה הנמוך, מומלץ לבצע תשלום פרטני או התחייבות מחלקתית שנתי
- נרשמים 2-1, יבוצע תשלום פרטני
- התחייבות שנתיית תתאפשר בתחילת שנת הלימודים. לא ניתן לבצע השלמה לתשלום שנתי בדיעבד

החתום/ה מטה פרופ'/ד"ר _____

מנהל/ת מחלקת _____ במרכז רפואי _____

✓ מבקש/ת להסדיר הרשמה בהתחייבות מחלקתית עבור הרופאים במחלקתי לקורס

סמסטריאלי שנתי מדרג מתמחים 5-3 9-6 +10

המתקיים במסגרת המרכז האקדמי ללימודי המשך ברפואה באוניברסיטת ת"א

הנני מתחייב/ת בזאת להסדיר תשלום מטעם המחלקה/ביה"ח על סך _____

הגורם המשלם: קרן מחקרים | מח' הדרכה | גזברות בית החולים

תאריך _____ חתימה _____

פרטי ההתקשרות מטעם המחלקה/בית החולים לצורך ביורורים והסדרת התשלום

שם _____ תפקיד _____

פרטי התקשרות דוא"ל _____

נייד _____ טלפון _____

ההתחייבות תשלח למרכז האקדמי ללימודי המשך ברפואה, לא יאוחר מתחילת שנת הלימודים

באמצעות דואר אלקטרוני: tamia@tauex.tau.ac.il | Whats App 050-2557530