



## הרשמה בהתחייבות מחלקתית שנת הלימודים תשפ"ד

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

עד 14 מפגשים בסמ'  
עד 7 מפגשים בסמ'  
כ- 6 מפגשים בשנה

קורסים שבועיים:  
קורסים דו שבועיים:  
קורסים חודשיים:

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 בירורים והסדרת התשלום

שם \_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_

פרטי התקשרות דוא"ל \_\_\_\_\_

נייד \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_