



הרשמה בהתחייבות מחלקתית | שנת הלימודים תשפ"ו

קורסים שבועיים: עד 14 מפגשים בסמ'
קורסים דו שבועיים: עד 7 מפגשים בסמ'
קורסים חודשיים: כ- 6 מפגשים בשנה

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

תשלום על פי מדרג מספר הנרשמים

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

- באם מספר הנרשמים על פי המדרג בקצה הנמוך, מומלץ לבצע תשלום פרטני או התחייבות מחלקתית שנתית
- נרשמים 2-1, יבוצע תשלום פרטני
- התחייבות שנתית 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 בירורים והסדרת התשלום

שם _____ תפקיד _____

פרטי התקשרות דוא"ל _____

נייד _____ טלפון _____