המחלקה לפריודונטיה ואימפלנטולוגיה אורלית
ראש המחלקה: פרופ' חיים טל
מרכזת המחלקה: פרופ' אביטל קוזלובסקי
מנהל ההתמחות: פרופ' צבי ארצי

לכבוד:
בית-הספר לרפואת שיניים ע"ש גולדשלגר
אוניברסיטת תל-אביב, רמת אביב, תל-אביב 6997801
פקס: 03-6409250
טלפון: 03-6409307
מייל: **niliger@tauex.tau.ac.il**

אבקש לרשום אותי להתמחות בפריודונטיה אוקטובר 2018

תאריך: _____

שם משפחה (בעברית): _____ שם פרטי (בעברית)_____

שם משפחה קודם (בעברית): _____ תעודת זהות: _____

שם משפחה (באנגלית): _____ שם פרטי (באנגלית):_____

שם משפחה קודם (באנגלית): _____

כתובת מגורים: רחוב_____ ישוב_____ מיקוד_____

טלפון בבית: _____ טלפון בעבודה: _____טלפון נייד:_____

E-mail _____ פקס:_____

תאריך לידה: _____ ארץ לידה: _____ שנת עליה:_____

אזרחות: _____

שרות צבאי: _____

המחלקה לפריודונטיה ואימפלנטולוגיה אורלית
ראש המחלקה: פרופ' חיים טל
מרכזת המחלקה: פרופ' אביטל קוזלובסקי
מנהל ההתמחות: פרופ' צבי ארצי

מקום עבודה נוכחי וכתובתו: _____

—

השכלה	מוסד	ארץ / עיר	שנת התחלה	שנת סיום	תואר
תיכונית					
אקדמית					
אקדמית					
אקדמית					
השתלמות					

פרט ניסיון מעשי ברפואת שיניים:

_____

_____

_____

_____

פרסומים (יש לצרף דף פרסומים)

_____

_____

_____

המחלקה לפריודונטיה ואימפלנטולוגיה אורלית
ראש המחלקה: פרופ' חיים טל
מרכזת המחלקה: פרופ' אביטל קוזלובסקי
מנהל ההתמחות: פרופ' צבי ארצי

_____

_____

_____

פרסים ותארים (נא לצרף תעודות):

_____

_____

_____

_____

שטחי התעניינות נוספים פרט לרפואת שיניים (כמו ספורט, תחביב).

_____

דברים אחרים שלדעתך יכולים לעניין את ועדת הקבלה: (שירות לקהילה וכד')

_____

_____

מהן תכוניותיך לאחר גמר התמחותך:

_____

_____

_____

היכן שמעת על התכנית?

_____

בית הספר לרפואת שיניים
ע"ש מוריס וגבריאלה
גולדשלגר
הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
אוניברסיטת תל אביב

The Maurice and Gabriela
Goldschleger School of
Dental medicine
Sackler Faculty of Medicine
Tel Aviv University

מיסודה של אחוות אלפה אומגה
הבינלאומית
Founded by Alpha Omega
International Dental Fraternity

המחלקה לפריודונטיה ואימפלנטולוגיה אורלית
ראש המחלקה: פרופ' חיים טל
מרכזת המחלקה: פרופ' אביטל קוזלובסקי
מנהל ההתמחות: פרופ' צבי ארצי

לכבוד:
בית-הספר לרפואת שיניים ע"ש גולדשלגר
אוניברסיטת תל-אביב, רמת אביב, תל-אביב 6997801
פקס: 03-6409250
טלפון: 03-6409307
מייל: I **niliger@tauex.tau.ac.il**
פרטי האשראי יועברו לביצוע ע"י אסנת פרץ לבירור טל. 01-6409112

להלן פרטי אשראי ואישורי על קריאת המידע בטפסי המידע על התמחות בפריודונטיה אוקטובר 2018

שם משפחה (בעברית): _____ שם פרטי (בעברית):_____

שם משפחה קודם (בעברית): _____ ת"ז:_____

❑ **מצ"ב דמי הרישום בכרטיס אשראי בסך 600 ₪** / אישור על תשלום דמי רישום בסך 600 ש"ח

❑ הריני מאשר/ת שקראתי את כל המידע הרשום במכתב הקבלה להתמחות בפריודונטיה לשנת תשע"ט

❑ידוע לי כי דמי הרישום אינם מוחזרים בשום שלב בתהליך ואינם מהווים חלק משכר הלימוד (במידה וההתמחות לא תיפתח ביוזמת המחלקה יזוכה המועמד בסכום דמי הרישום ששולמו על ידו)

תשלום דמי רישום לתכנית:

ישראכרט /ויזה / דיינרס / אמריקן אקספרס

מס' הכרטיס:

בתוקף עד: קוד בגב הכרטיס:

_____|_____

פרטי בעל הכרטיס:

מס' טלפון	מס' ת"ז	שם

תאריך _____ **חתימה** _____