



לכבוד:

בית-הספר לרפואת שיניים ע"ש גולדשלגר
אוניברסיטת תל-אביב, רמת אביב, תל-אביב 6997801
מזכירות הסטודנטים

אבקש לרשום אותי להתמחות שיקום הפה אוקטובר 2021

תאריך: _____

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

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

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: _____

מקום עבודה נוכחי וכתובתו: _____



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

פרט ניסיון מעשי ברפואת שיניים:

פרסומים (יש לצרף דף פרסומים):



פרסים ותארים (נא לצרף תעודות):

תחומי התעניינות נוספים פרט לרפואת שיניים (כמו ספורט, תחביב):

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

מהן תוכניותיך לאחר גמר התמחותך:

היכן שמעת על התכנית?



- 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 להשתלמות המתקדמת בשיקום הפה לשנת תשפ"א

תשלום דמי רישום לתכנית:

ישראל / ויזה / דיינרס / אמריקן אקספרס

מס' הכרטיס:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

בתוקף עד: קוד בגב הכרטיס:

פרטי בעל הכרטיס:

שם

מס' ת"ז

מס' טלפון

--	--	--

חתימה

תאריך
