

טופס הרשמה לקורס הכנה למבחן הרישוי ברפואה

מועד בחינה: 2 למרץ 2017

מועד התחלת קורס: אוקטובר 2016

מינימום משתתפים לפתיחת הקורס 55 רופאים/רופאות

ברצוני לבצע את הקורס במרכז לימודים: חיפה

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

מס' תעודת זהות: _____ מס' דרכון(במידה ואין ת.ז.): _____ תאריך לידה: _____

מין: ז / נ טלפון נייד: _____ דואר אלקטרוני: _____

כתובת: _____ ת.ד. _____ עיר: _____ מיקוד: _____

שם האוניברסיטה בה סיימת את לימודי רפואה: _____

ארץ סיום הלימודים: _____ עיר סיום הלימודים: _____ שנת סיום הלימודים: _____

האם ביצעת את מבחן הרישוי הישראלי בעבר: כן לא

כמה פעמים ביצעת בחינה: 1 2 3 יותר מ-3

האם ביצעת קורס הכנה לבחינה בעבר פרטי/י: כן לא

האם היית זכאי/ת ל-10 נק' מגן בעבר בעקבות קורס הכנה לבחינה שביצעת? כן לא

מסמכי הרשמה לקורס:

1. מסירת צילום ת.ז. או צילום דרכון
2. חתימת הנרשם על תקנון הקורס
3. חתימה על טופס הרשמה זה.
4. הנרשם שילם עבור הקורס

עלות הקורס: 6,000 ₪ + מע"מ. ניתן לשלם **בצ'ק, העברה בנקאית או מזומן** בשני תשלומים



הנרשם מצהיר ומסכים:

- הנרשם מאשר כי ידוע לו כי קורס שילוב אינו מעניק 10 נק' בונוס לבחינת הרישוי הממשלתית בשום דרך וצורה.
 - הנרשם מאשר כי ידוע לו כי בגין השתתפות בקורס שילוב לא יוכל לקבל מענקים כספיים ממשרד הקליטה ועלייה כתושב חוזר.
 - הנרשם מאשר כי חלים עליו כל תנאי תקנון הקורס המצורפים וכן כפי שיהיו מעת לעת וכן הוראות כל דין, חוזר ו/או תקנה רלוונטיים אחרים.
 - חברת שילוב רופאים בע"מ ("חברת שילוב") אינה מתחייבת בשום אופן להצלחת הנרשם בקורס ההכנה ו/או בבחינת הרישוי והנרשם מצהיר ומאשר, באופן בלתי חוזר, כי אין ולא תהיה לו כל טענה כלפי חברת שילוב ו/או מי מטעמה בגין הצלחתו ו/או אי-הצלחתו כאמור.
 - הנרשם מאשר כי ידוע לו כי חברת שילוב מסתמכת על הנתונים והמסמכים שמסר לה. הנרשם מאשר כי יפצה וישפה את חברת שילוב ומי מטעמה בגין כל נזק ו/או הוצאה שיגרמו להם בגין הפרתו את טופס רישום זה ו/או תקנון הקורס ו/או בגין כל מעשה או מחדל שלו.
- אני מסכים לקבל מחברת שילוב ומי מטעמה, מידע ודברי פרסומת, באמצעות דואר אלקטרוני, פקס, מערכת טלפון אוטומטית ומסרונים (SMS). לידיעתך - בכל שלב, תוכל לבקש להפסיק לקבל דבר פרסומת בדרכים שיפורטו על גבי פרסום כאמור.
 כן לא
 - אני החתום מטה מאשר בזאת כי הפרטים המופיעים בטופס זה לעיל נכונים וכי קראתי, הבנתי ואני מסכים לכל האמור בתקנון הקורס ובטופס רישום לרבות ההתחייבות לשכר הלימוד בקורס זה לעיל.
 כן לא

_____ תאריך:

_____ חתימת הנרשם: