

נרשמת/ נכבדה

אנו מודים לך על פנייתך להירשם למבחן הממין להשתלמות מוכרת בסיעוד בבית הספר לסיעוד ע"ש הנרייטה סאלד של הדסה והאוניברסיטה העברית.

מועד המבחן הממין:

30/07/2025 יום רביעי, בין השעות 15:00 - 17:00

להלן דרישות הרישום למבחן:

1. הצגת **מקור** של תעודת אח/ות מוסמך/ת.
2. הצגת **מקור** של תואר אקדמי מוכר בישראל.
3. **הצגת ת"ז כולל הספח** המעיד על כי בעל/ת התעודה אזרח או תושב ישראל (במידה והתעודה הינה ביומטריה, יש לצלם את שני צידי התעודה).
4. מילוי טופס ההרשמה.

הצגת תעודות מקוריות יתבצע במזכירות בית הספר לסיעוד בבית החולים הדסה עין כרם,

שעות קבלת הקהל הן בימים א'-ה' בין השעות 08:00-15:00.

לידיעתך:

- בעלי זכאות לתוספת זמן יקבלו 30 דקות נוספות. יש לעדכן את בית הספר על כך בזמן הרישום למבחן ולהביא אישור / אבחון על זכאותכם.
- הרישום יסתיים בתאריך **10/07/2025**, יום חמישי בשעה 15:30.
- הזמנה לבחינה תישלח באמצעות המייל, כשבועיים לפני הבחינה **ורק למועמד שהשלים את הליכי הרישום כנדרש.**

תשלום לבחינה:

עלות ההרשמה לבחינה: 120 ₪. (דמי הרישום והטיפול אינם מוחזרים במידה של ביטול רישום).

להלן דרכי התשלום:

- בקופות הדסה: מחלקת כספים - אצל הגב' אירית מרדכי (יש להגיע עם השובר המצורף):
עין כרם - ימים א', ג', ה' בין השעות 10:00-12:00, בנין מינרב, קומת כניסה
הדסה הר הצופים - יום שני בין השעות 10:00-12:00 (ליד משרד עובדי בית)
- טופס תשלום באשראי- מצורף בהמשך. יש למלא ולהגיש יחד עם שאר המסמכים במעמד הרישום.
- **העברה בנקאית:** לזכות חשבון מס' 25000, סניף ירושלים עסקים/חולון (436), בנק הפועלים בע"מ
(מספר בנק 12) – שם מוטב: הסתדרות מדיצינית הדסה.
- במקרה זה, יש להעביר למייל של חגית: hagitcm@hadassah.org.il את אישור התשלום.

לאור הדרישה הגבוהה הקדימו להירשם!

טופס רישום למבחן הממין יולי 2025

פרטים אישיים:

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת"ז

מספר טלפון	כתובת מלאה	מייל אלקטרוני

השכלה אקדמאית:

תחום התואר	שם המוסד	שנת סיום

מסמכים שיש לצרף:

צילום תעודת אחות/מוסמך/ת (הצגת מקור)	
צילום תעודת תואר אקדמי מוכר בישראל (הצגת מקור)	
צילום תעודת זהות (הצגת מקור)	
העתק קבלה על תשלום דמי רישום	

תאריך _____ חתימה _____



תשלום דמי רישום בקופת הדסה - יש להגיע לקופה עם שובר זה:

תאריך: _____

אל:
גב' אירית מרדכי
קופת הדסה- אגף הכספים (קומה 3)
הדסה עין כרם

הנדון: תשלום עבור: דמי רישום - מבחן ממין יולי 2025

אבקש לקבל מ: _____ סך של 120 ₪.

נא לזכות את הסעיף התקציבי שמספרו GL9549610 / מס' תקציב 354500

שעות קבלה בקופות הדסה:

עין כרם - ימים א', ג', ה' בין השעות 10:00-12:00, קומה 3 מחלקת כספים
הדסה הר הצופים - יום ב' בין השעות 10:00-12:00 (ליד שיקום ילדים ומשרד עובדי בית)

בברכה,

חגית כהן מירון - מזכירות סטודנטים

טל' 02-6778403

תשלום באשראי - יש למלא טופס זה ולהגיש יחד עם שאר הטפסים במעמד הרישום לבחינה



המרכז הרפואי
האוניברסיטאי
הדסה

מיסודו של ארגון נשות הדסה

הסתדרות מדיצינית הדסה
אגף הכספים

לכבוד :

ביה"ח הדסה

אגף הכספים-אירית מרדכי (קופה ראשית)

תאריך:

הנדון: חיוב באמצעות כרטיס אשראי

	שם הלקוח:		מס' פלא:	
	כתובת:		עיר:	
		מס' החשבון: הנה"ח		
		פרטים:		
		מבחן ממין יולי 2025		

פרטי כרטיס האשראי

				מס' האשראי:
				הסכום לחיוב
				מס' תשלומים:
				תוקף:
				CVV:

סוג כרטיס האשראי: (הקף בעיגול)

ישראכרט אמריקן אקספרס דיינרס
יזמה / לאומי קארד / ויזה רגיל מאסטרקארד / ישראכרט / לאומיקארד

	ת.ז של בעל הכרטיס:
	שם בעל הכרטיס:
	שם הבנק:
	מס' חשבון הבנק:
	מס' הבנק:
	מס' הסניף:
	חתימת בעל הכרטיס:

יש להעביר במייל עבור אירית מרדכי-אגף הכספים
מייל: ERIT@HADASSAH.ORG.IL
טלפון: 02-6778037