

## רישום לקורס על בסיסי בטיפול נמרץ ילדים 2026

אנו שמחים על פנייתך להצגת מועמדות לקורס על בסיסי בטיפול נמרץ ילדים לשנת 2026 בביה"ס לאחות ע"ש הנרייטה סאלד והאוניברסיטה העברית, ירושלים.

מצורפת בזאת ערכת רישום לקורס. בערכת הרישום הנך מתבקש/ת להקפיד על:

- ♦ מילוי כל הפרטים בכל הרשומות הנדרשות
- ♦ צרוף התעודות והמסמכים הנדרשים
- ♦ צירוף אישור על תשלום דמי הרשמה על סך 120 ₪:

תשלום דמי רישום ב – 3 דרכים:

1. בקופה: שובר התשלום נמצא בערכת ההרשמה, איתו יש להגיע ולשלם בקופת הדסה הנמצאת בבניין מינרב, קומת קרקע, אצל הגב' אירית מרדכי.  
הקופה פתוחה בע"כ בימים א', ג', ה' בין השעות 10:00-12:00  
ובימי שני, בה"צ בין השעות 10:00-12:00
2. ניתן לבצע העברה בנקאית:  
לזכות חשבון מס' 25000, סניף ירושלים עסקים (436) של בנק הפועלים בע"מ  
(מספר בנק 12) – הסתדרות מדיצינית הדסה.
3. באמצעות כרטיס אשראי: למלא את הטופס של פרטי האשראי המצורף.

**שימו לב! פתיחת הקורס מותנת במספר נרשמים.  
במידה והקורס לא יפתח דמי ההרשמה לא יוחזרו.**

יש להגיע למזכירות סטודנטים בשעות הקבלה ולהגיש באופן אישי את הערכה המלאה.

ערכה שתגיע ללא כל המסמכים לא תטופל.

כתובת אתר אינטרנט:

[/https://he.hadassah.org.il/nursing-school/nurses-school](https://he.hadassah.org.il/nursing-school/nurses-school)

## השתלמות מוכרת בטיפול נמרץ ילדים 2026

יש להגיש את הטפסים הרשומים מטה. סמן/י V במקום המתאים.

- ☐ שאלון אישי למועמד
- ☐ הצהרת בריאות
- ☐ טופס הצהרה על ויתור על סודיות
- ☐ 2 טפסים הצהרה על העדר רישום פלילי
- ☐ טופס ויתור סודיות רפואית
- ☐ טופס הצהרה על אחריות אישית לחיסונים
- ☐ אישור לשימוש בצילומים
- ☐ התחייבות סטודנט לשמירת סודיות
- ☐ טופס אישור העברת פרטים אישיים
- ☐ המלצה של אח/ות ראשי/ית
- ☐ הצהרה לעניין התאמה למסלול לימודי השתלמויות מוכרות בסיעוד  
(יש לגשת למנהל הסיעוד עם ההמלצה של האח הראשי)
- ☐ תמונת פספורט (לא צילום דרכון)
- ☐ אישור על תואר ראשון בסיעוד (או תואר ראשון המוכר ע"י המל"ג)
- ☐ תעודת אח/ות מוסמך/ת (מקור+צילום)
- ☐ צילום תעודת זהות כולל ספח המציין אזרחות
- ☐ אישור על ציון מבחן רישום
- ☐ דמי הרשמה – (אישור על העברה בנקאית או קבלה מקופת הדסה)



## מקום עבודה

מרפאה/מחלקה \_\_\_\_\_  
בית חולים/מחוז \_\_\_\_\_  
מנהלת סיעוד \_\_\_\_\_

## שאלון קבלה למועמד/ת לתכנית להשתלמות בסיעוד

שם הקורס: טיפול נמרץ ילדים

(ימולא ע"י המועמד/ת)

## פרטים דמוגרפיים:

|               |  |             |  |                 |  |
|---------------|--|-------------|--|-----------------|--|
| שם פרטי:      |  | שם משפחה:   |  | שם משפחה קודם:  |  |
| מס' ת.ז.:     |  | שם האב:     |  | מין:            |  |
| תאריך לידה:   |  | ארץ לידה:   |  | תאריך עליה:     |  |
| מצב משפחתי:   |  | מס' ילדים:  |  |                 |  |
| כתובת מגורים: |  | עיר:        |  | מיקוד:          |  |
| מען למכתבים:  |  | עיר:        |  | מיקוד:          |  |
| טלפון בבית:   |  | טלפון נייד: |  | טלפון להתקשרות: |  |
| דוא"ל:        |  |             |  |                 |  |

## השכלה אקדמאית:

| תחום | שם המוסד | שנת סיום | התואר |
|------|----------|----------|-------|
|      |          |          |       |
|      |          |          |       |
|      |          |          |       |

בית הספר לאקדמיה ע"ש הנרייטה סאלד של הדסה והאוניברסיטה העברית בפקולטה לרפואה, ירושלים

ת.ד. 12000, ירושלים 91120, ישראל

דוא"ל: nursing\_maz@hadassah.org.il

כתובתנו באתר : <https://he.hadassah.org.il/nursing-school>

### הסמכה מקצועית:

שם בית הספר לסייעוד (בארץ) \_\_\_\_\_  
שנת תחילת הלימודים \_\_\_\_\_ שנת סיום לימודים \_\_\_\_\_  
מספר רישום ממשלתי \_\_\_\_\_ תאריך הוצאתו \_\_\_\_\_

### קורסים על בסיסיים מוכרים בסייעוד:

| שם הקורס | תאריך סיום | מספר רישוי |
|----------|------------|------------|
|          |            |            |
|          |            |            |
|          |            |            |

### מקום עבודה נוכחי:

| מחוז/בית חולים | מרפאה/מחלקה | חודש ושנת תחילת עבודה | מספר טלפון ישיר בעבודה |
|----------------|-------------|-----------------------|------------------------|
|                |             |                       |                        |
|                |             |                       |                        |
|                |             |                       |                        |

היקף המשרה \_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_  
לעובד הדסה: מספר עובד \_\_\_\_\_

### ניסיון מקצועי:

| שם המוסד | מחלקה/מרפאה | תפקיד | משנה | עד שנה |
|----------|-------------|-------|------|--------|
|          |             |       |      |        |
|          |             |       |      |        |
|          |             |       |      |        |
|          |             |       |      |        |



**שפות:**

| כותב/ת | קורא/ת | מדבר/ת |            |
|--------|--------|--------|------------|
|        |        |        | עברית      |
|        |        |        | אנגלית     |
|        |        |        | ערבית      |
|        |        |        | אחר: _____ |

המניעים לבקשתך להשתתף בקורס:

---

---

---

---

במה לדעתך תוכל/י לתרום למקום עבודתך לאחר סיום הקורס?

---

---

---

---

חתימה: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_

## כתב הוראות ויתור על סודיות רפואית

אני החתום (ה) מטה:

שם: \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_

מבקש(ת) בזה למסור למנהלת ביה"ס לסיעוד או לכל מי שמונה על ידי המנהלת לעניין זה (להלן "המורשים"), כל מידע שיבקשו המורשים ביחס למצב בריאותי, הן לפני חתימת מסמך זה והן משך התקופה שמיום חתימת מסמך זה ועד לסיום לימודי בביה"ס לסיעוד (להלן "התקופה הקובעת"), לרבות – אך בלי לפגוע בכלליות האמור לעיל – כל מידע ביחס למחלות ופגיעות נוספות נפשיות ו/או אשפוזים, חוות דעת רפואיות וכל כיו"ב.

בחתימתי על מסמך זה אני מוותר(ת) מפורשות לכל מי שימסור למורשים מידע רפואי כאמור לעיל מחובת הסודיות החלה, או זו שתחול, עליו על פי דין, הסכם ו/או נוהג המאשר(ת) ומצהיר(ה) כי לא תהיינה לי כל מענות ו/או תביעות כלפי מי שימסור מידע כאמור למורשים במהלך התקופה הקובעת.

כתב ויתור והוראות זה יהיה בר תוקף כלפי כל גורם שבידיו מצוי בעת חתימתו, או שימצא במהלך התקופה הקובעת, מידע רפואי המתייחס עלי לרבות – אך מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל – משרד הבריאות, משרד הביטחון (שלטונות צה"ל), שירותי בריאות כללית, בתי החולים, רופאים וכיו"ב.  
ולראיה באתי על החתום,

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

## הצהרת בריאות

אני החתום/ה מטה:

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_ מספר טלפון \_\_\_\_\_

**מצהירה, מאשר/ת ומתחייב/ת בזה כדלקמן (נא לסמן במקום המתאים):**

1. ☐ למיטב ידיעתי, מצב בריאותי בעת חתימת הצהרה זו תקין ואינני חולה בכל מחלה שהיא לרבות, מוגבלות ו/או ליקוי גופני ו/או נפשי (להלן: "מחלה").

☐ אני חולה במחלה/ות הבאה/ות, אנא פרטי:

\_\_\_\_\_

2. ☐ בעבר חליתי במחלה/ות הבאה/ות, אנא פרטי:

\_\_\_\_\_

3. ☐ אינני מקבל/ת בעת מתן הצהרה זו טיפול רפואי בגין המחלה/ות המפורטת/ות בסעיף 1 ו/או 2 לעיל.

☐ אני מקבל/ת בעת מתן הצהרה זו טיפול רפואי בגין המחלה/ות המפורטת/ות בסעיף 1 ו/או 2 לעיל. אנא פרטי:

\_\_\_\_\_

4. ☐ לא קיבלתי בעבר טיפול רפואי בגין המחלה/ות המפורטת/ות בסעיף 1 ו/או 2 לעיל.

☐ קיבלתי בעבר טיפול רפואי בגין המחלה/ות המפורטת/ות בסעיף 1 ו/או 2 לעיל.

5. ☐ לא אושפזתי מעודי בבית חולים.

☐ אושפזתי בבית חולים: \_\_\_\_\_ מתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_ מהסיבות הבאות

\_\_\_\_\_

6. ☐ אינני סובל/ת מליקויי למידה אשר בגללם נזקקתי בעבר להתייחסות מיוחדת בלימודים או במהלך בחינות

☐ אני סובל/ת מליקויי למידה הבאים: \_\_\_\_\_

ובגנים נזקקתי להקלות להלן: \_\_\_\_\_

7. ☐ אני מתחייב/ת כי אם יחולו שינויים בתוכן הצהרותי אלה, אודיע על כך לאלתר לבית הספר.

**אני מצהירה/ה ומאשר/ת בזה כי הפרטים הנ"ל הם הפרטים המדויקים, המלאים והנכונים ביחס למצב בריאותי בעבר ובהווה. ידוע**

**לי כי הצהרה כוזבת, לרבות אי דיוק כלשהו בהצהרת בריאות זו, מהווה הפרה של תנאי הלימודים ביה"ס לסיעוד ע"ש**

**הנרייטה סאלד של הדסה ירושלים.**

**במקרה זה ביה"ס יהיה רשאי לנקוט בכל צעד שימצא לנכון, לרבות, אך לא רק, הפסקת הלימודים לאלתר.**

**ולראיה באתי על החתום להלן:**

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

## הצהרה ויתור על סודיות

אני החתום מטה, מרשה בזה להנהלת בית הספר לסיעוד להעביר מידע הכלול בתיקי האישי, לרבות תיעוד רפואי, להנהלת שרותי בריאות כללית, למנהל הסיעוד במשרד הבריאות ולגורמים אחרים רלוונטיים לצורך הטיפול בהכשרה המקצועית.

לא יהיו לי טענות או תביעות כל שהן לביה"ס לסיעוד ע"ש הנרייטה סאלד של הדסה והאוניברסיטה העברית באשר להעברת המידע הנ"ל.

מס' תעודת זהות

שם ומשפחה

תאריך

חתימה

## **נוהל הצהרת העדר רישום פלילי – מועמדים ללימודים בבתי ספר לסייעוד**

מועמד ללימודי סיעוד וקורסים על בסיסיים בבתי ספר לסייעוד, שהכירה בהם האחות הראשית הארצית, או לחוג או למגמה אוניברסיטאית בסייעוד, יצהיר בעת ההרשמה בפני הנהלת ביה"ס, החוג או המגמה האוניברסיטאית, כדלקמן:

**לעניין הרישום הפלילי:**  
המועמד יצהיר כי ידוע לו:

1. שעפ"י תקנות בריאות העם (עוסקים בסייעוד בבתי החולים), התשמ"ט-1988, סעיף 5 (א): "זכאי להיות רשום בפנקס אזרח או תושב ישראל בן 18 שנים או יותר, שהוכיח להנחת דעתה של האחות הראשית כי הוא בעל הכשרה מקצועית כאמורה בתקנות אלה וכי יש לו ידיעה בסיסית, לפחות, בעברית וכי לא הורשע בעבירה שדינה מאסר שיש בה, לדעת האחות הראשית, כדי למנוע עיסוק בסייעוד".
2. שעפ"י תקנות בריאות העם (צוות סיעוד במרפאות), התשמ"א-1981, סעיף 11: "המנהל רשאי להורות שלא לרשום בפנקס אדם, אף אם נתמלאו התנאים המורים בתקנה
3. שעפ"י חוק המרשם הפלילי ותקנות השבים, תשמ"א-1981, סעיף 6: "מסירת מידע לשם פעולה מי שהוסמך על פי חיקוק לתת, לחדש או לבטל רישיון, היתר, זכות עיסוק או זכות אחרת (להלן-זכות), ולשם כך הוא רשאי על פי אותו חיקוק להביא בחשבון את עברו הפלילי של מבקש הזכות, של בעל הזכות או של אדם אחר הנוגע בדבר, תמסור לו המשטרה מידע מן המרשם על כל אחד מאלה אם הוא הסכים לכך".
4. אם המבקש הורשע בעבירה שיש עמה קלון או שיש בה כדי להראות שהוא חסר האחריות הדרושה לעיסוק בסייעוד, וטרם חלפו עשר שנים אחרי שרצה את עונשו או אחרי שנסתיימה תקופת התנאי לפי סעיף 52(ב) לחוק העונשין, התשל"ז-1977, הכל לפי העניין ולפי המאוחר יותר, ובלבד שנתן הזדמנות למבקש לטעון טענותיו.
5. כל הרשעה פלילית תיבדק גם לקראת הדיון ברישום המועמד/ת בפנקס, או שדרוגו המקצועי. למועמד/ת תינתן זכות שימוע לפני קבלת החלטה.

שם המועמד \_\_\_\_\_ חתימת המועמד \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_

## הצהרה על העדר הרשעה בעבירה פלילית

יש להקיף בעיגול את התשובה:

1. אני \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

מצהיר/ה בזאת, כי הורשעתי / לא הורשעתי אי פעם במשפט פלילי בארץ או בחו"ל, במידה והורשעתי, נא פרט/י  
העבירה, נסיבותיה, מועד ביצועה והעונש שנפסק:

---

---

---

---

2. אני מצהיר/ה, כי מידע זה נכון ומדויק ובמידה ויוכח אחרת, עשוי הדבר להוות עילה להפסקת לימודי, זאת לאחר  
שתינתן לי זכות לשימוע.

3. בהתאם לחוק המרשם הפלילי ותקנות השבים, תשמ"א-1981, סעיף 6, אני הח"מ מסכים/ה כי יועבר למשרד  
הבריאות מידע על הרשעות מהמרשם הפלילי המתייחס אלי וכן אני מסכים/ה שיימסר מידע כאמור מרשויות הסמכה  
בארץ ובחו"ל.

אני מוסר/ת מידע זה מתוך ידיעה שיישמר בסוד וכי הוא ישמש רק לעניין לימודי סיעוד ורישום בפנקס האחות או שדרוג  
מקצועי.

שם המועמד \_\_\_\_\_ חתימת המועמד \_\_\_\_\_



## הצהרה על אחריות אישית לקבלת חיסונים

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_

מס' ת.ז.: \_\_\_\_\_

הנני מצהיר/ה בזאת שידוע לי כי עלי לדאוג להתחסן, כפי שקובע נוהל משרד הבריאות,  
מתאריך 4.4.06.

אני יודע כי בהתאם להנחיות משרד הבריאות לא אוכל להתחיל את ההתנסויות הקליניות בביה"ס עד אשר לא אסיים את  
החיסונים כנדרש ואחזיר למזכירות ביה"ס תיעוד חתום ממשרד הבריאות על קבלת החיסונים (חלק ג').

חתימה:

\_\_\_\_\_

תאריך:

\_\_\_\_\_



## טופס אישור העברת פרטים אישיים

אני הח"מ מאשר/ת בזאת לביה"ס לסיעוד ע"ש הנרייטה סאלד של הדסה ירושלים להעביר את נתוני האישיים לגורמים שונים בהדסה כגון: מח' ביטחון, משאבי אנוש הנהלת הסיעוד וכד'.

|                   |      |       |       |
|-------------------|------|-------|-------|
| שם פרטי ושם משפחה | ת.ז. | חתימה | תאריך |
|-------------------|------|-------|-------|

## התחייבות סטודנט לשמירת סודיות

ולכבוד  
בית הספר לסיעוד ע"ש הנרייטה סאלד של  
הדסה ירושלים

לכבוד  
הסתדרות מדיצינית הדסה  
ירושלים

א. ג. נ.

אני הח"מ \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

- מאשר/ת בזה כי אני תלמיד/ה בבית הספר לסיעוד ע"ש הנרייטה סאלד של הדסה ירושלים.
- ידוע לי כי במסגרת עבודתי ו/או לימודי ו/או הכשרתי יבוא לידיעתי מידע הנוגע לפעילות של הדסה, של עובדים בה ושל אחרים הקשורים בה, וכן מידע הנוגע לצדדים שלישיים ומטופלים, ספקים וגורמים שונים (להלן - המידע).
- ברור לי שעלי לשמור על סודיות מוחלטת של המידע כדי להגן על זכויות ואינטרסים של הדסה ואחרים. התחייבותי זו מתייחסת בין היתר במפורש ובמיוחד לשמירת הסודיות הרפואית ולהגנת הפרטיות של המטופלים וידוע לי כי אני מחויב/ת לכך בחוק.
- ידוע לי כי אסור לי למסור מידע כלשהו הקשור במטופלים ובטיפולים בהם אלא לצורך עבודתי.
- לפיכך אני מתחייב/ת להשתמש במידע אך ורק לביצוע לימודי.
- בנוסף על האמור בסעיף 3 אני מתחייב/ת לשמור את המידע בסודיות מוחלטת, לא לגלותו לאיש ולנקוט בכל האמצעים שברשותי כדי למנוע גילוי המידע לאחרים. על אף האמור לעיל מסירת מידע לחברי ללימודים, ולאחרים בהסכמת המטופל או אם אחויב לכך בדין, לא תחשב כהפרת התחייבותי זו.
- אני מתחייב/ת שלא לשמור ברשותי, ושלא להוציא מתחומי הדסה כל מסמך, מקור או העתק שהגיע אלי במסגרת לימודי ו/או הכשרתי אלא אם יאה הדבר הכרחי, והמסמך יוחזר לתחומי הדסה מיד עם ביטול ההכרח.
- אני מתחייב/ת למסור לכם מיד עם דרישתכם הראשונה כל מסמך כנ"ל, בין שיהיה ברשותי ובין שיהיה ברשות צד ג', לו יימסר המידע.
- לא אסייע ולא ארשה לכל אדם להשתמש במידע שיובא לידיעתי.
- התחייבות זו הינה לצמיתות ותישאר בתוקף גם לאחר סיום לימודי בהדסה.
- מבלי לפגוע או לגרוע מכל זכות וסעד העומדים לכם לפי הדין, הפרת התחייבותי זו או כל חלק ממנה, תזכה אתכם בפיצוי מוסכם ומוערך מראש בסך השווה ל- 5000 ש"ח.

ולראיה באתי על החתום:

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

עד לחתימה: שם פרטי ושם משפחה: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_  
(החתימה מתבצעת בבית הספר מול איש סגל)

## אישור לשימוש בצילומים

במסגרת הכנת חומרים שיווקיים (תמונות, סרטים) על בית הספר שישמשו לצורך שיווק בית הספר במדיה (עיתונות כתובה ומשודרת, פייסבוק וכדומה) אנו מצלמים סיטואציות שונות המשקפות את חוויית הלימודים בבית ספרנו.

הנך מתבקש/ת לחתום על הסכמה או אי הסכמה להשתתפות בצילומים אלה.

השימוש בצילומים יהיה אך ורק לצרכי פרסום בית הספר לסיעוד של הדסה

אני הח"מ (נא לסמן בעיגול): **מאשר/ת / לא מאשר/ת** להשתתף בצילומים אלה

| תאריך | שם התלמיד/ה | ת.ז. | חתימה |
|-------|-------------|------|-------|
|-------|-------------|------|-------|



<https://he.hadassah.org.il/nursing-school> : כתובתנו באתר



הצהרה לעניין התאמה של אח/ות מוסמך/ת להצטרף לתכנית השתלמות מוכרת בסיעוד  
בתחום \_\_\_\_\_ לפי מסלול א' / ב'

**(על מנת להחתים את מנהלת הסיעוד בטופס זה יש להגיע עם המלצת אח ראשי)**

אני מנהל/ת הסיעוד \_\_\_\_\_ שם פרטי  
\_\_\_\_\_ שם משפחה

בבית \_\_\_\_\_ מצהירה בזאת כי:

האח/ות \_\_\_\_\_ שם מלא  
\_\_\_\_\_ מספר תעודת זהות

מועסקת לפחות שנה ברצף בהיקף של משרה מלאה או שוות ערך נכון למועד תחילת הלימודים ב: (נא סמן/י  
(V

- ☐ יחידה לטיפול נמרץ כללי
- ☐ יחידה לטיפול נמרץ ילדים
- ☐ יחידה לטיפול נמרץ פגים
- ☐ מחלקה לרפואה דחופה
- ☐ חדר ניתוח
- ☐ דיאליזה

**שימו לב, היחידות הבאות שייכות למסלול ב' (המסלול הארוך)**

- ☐ יחידה לטיפול נמרץ לבבי (קרדיולוגיה)
- ☐ טיפול נמרץ ניתוחי לב
- ☐ טיפול נמרץ נוירוכירורגי
- ☐ יחידת כוויות
- ☐ יחידת השתלות מח עצם
- ☐ התאוששות
- ☐ אחר \_\_\_\_\_

אני מצהירה כי ניסיונו/ה ופתקודו/ה המקצועי של האח/ות מאפשר לו/ה להשתלב במסלול א' / ב' כמפורט  
בהנחיות להפעלת התכנית. זאת במידה ויעמוד/תעמוד בתנאי הקבלה ויחל/תחל לימודי הכשרה על בסיסית  
בתחום.

חתימה וחותמת \_\_\_\_\_  
מנהלת הסיעוד \_\_\_\_\_  
תאריך \_\_\_\_\_



## שובר תשלום בקופת הדסה

(יש להדפיס ולגשת איתו לאירית מרדכי במחלקת כספים)

אל:  
אירית מרדכי  
קופת אגף הכספים  
הדסה עין כרם

### הנדון: דמי רישום עבור קורס טיפול נמרץ ילדים 2026

אבקש לקבל מגב' \_\_\_\_\_ סך של 120 ₪  
עבור דמי רישום קורס טיפול נמרץ ילדים 2026.

נא לזכות את הסעיף התקציבי שמספרו PC 354680 / GL 9549610  
(קורס טיפול נמרץ 2026)

קופת הדסה פתוחה בימים: א' ג' ה' בשעות: 10:00-12:00.

בברכה,

מזכירות סטודנטים

טל' 6778403



תאריך \_\_\_\_\_

**הנדון: חיוב באמצעות כרטיס אשראי**

**פרטי המבקש:**

שם הלקוח: \_\_\_\_\_ מס' פלאפון: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ עיר: \_\_\_\_\_

**פרטי כרטיס האשראי:**

ת"ז בעל הכרטיס: \_\_\_\_\_

שם בעל הכרטיס \_\_\_\_\_

מספר כרטיס האשראי: \_\_\_\_\_ תוקף כרטיס: \_\_\_\_\_

CW: \_\_\_\_\_

סכום לחיוב: \_\_\_\_\_

מס תשלומים: \_\_\_\_\_

**סוג כרטיס האשראי (נא להקיף בעיגול):**

**ויזה:** לאומי קארד / ויזה רגיל **מסטרקארד:** ישראכרט / לאומי קארד

**ישראכרט** / **אמריקן אקספרס** / **דיינרס**

שם הבנק \_\_\_\_\_

מס' חשבון בנק \_\_\_\_\_

מס' בנק \_\_\_\_\_

מס' סניף \_\_\_\_\_

חתימת בעל הכרטיס \_\_\_\_\_

**למילוי ע"י ההנהלה:**

|                  |                       |
|------------------|-----------------------|
| מס' חשבון: הנה"ח | 354760                |
| פרטים            | קורס טיפול נמרץ ילדים |