



לימודי ניהול מתקדמים לראומטולוגים ונפרולוגים בכירים

■ פרטים אישיים

שם פרטי _____ שם משפחה _____ פרופ' □ ד"ר □
 כתובת פרטית _____ עיר _____ מיקוד _____
 טלפון בבית _____ טלפון סלולרי _____ פקס _____
 דואר אלקטרוני _____
 ת.ז. _____ (כולל ספרות ביקורת) מין □ ז □ נ תאריך לידה _____

■ פרטי מקום העבודה

שם מקום העבודה _____
 תפקיד _____ ראומטולוג / נפרולוג
 כתובת _____ עיר _____ מיקוד _____
 טלפון בעבודה _____ פקס בעבודה _____

יש לשלוח טופס זה עד ל- 31.12.07 לפקס: 03-6436189

או לדוא"ל: shiri@lahav.ac.il

- הרישום לתוכנית מותנה בהתחייבות להגיע ל-80% מהמפגשים לפחות.
- מספר המקומות מוגבל, נא להירשם בהקדם.

תאריך _____ חתימה _____