# טופס הרשמה ליום עיון סקר סיכונים הטמעת דרישות תקן להסמכת מעבדה רפואית 6.5.15

|  |  |
| --- | --- |
| שם הארגון : | מספר ח.פ/ע.מ: |

**אנא הקפידו על כתב יד ברור , שם המשתתף יופיע על גבי תעודת סיום הקורס.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **שם מלא** | **תואר**  | **כתובת מייל** | **נייד** | **חתימה** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**הצהרה: הנני מאשר בחתימתי כי שמי המלא המצוין לעיל, הינו שם המשתתף אשר יופיע על גבי תעודת סיום קורס וכי פרטי האישיים המופיעים לעיל, יופיעו בדף הקשר של אנשי הקורס בלבד.**

**עלות הדרכה[[1]](#footnote-1) הינה לפי החלוקה הבאה (אנא סמן המתאים):**

1. 350 ₪ למשתתף אחד, 650 ₪ לשניים ו- 900 ₪ לשלושה משתתפים.
2. אנשי רשות / בודקים

**פרטי איש/אשת הקשר:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| שם מלא: | תפקיד: |  |
| טלפון: | אימייל: | חתימה וחותמת: |
| **התעודה תשלח בקבלת התשלום המלא לכתובת:**  |

**נא לשלוח טופס זה לרשות הלאומית להסמכת מעבדות – לידי שירה כהן במייל:** **shirac@Israc.gov.il** **או בפקס: 03-9702413**

1. התשלום יעשה מראש בהמחאה או העברה בנקאית בלבד. פרטי הבנק להעברה בנקאית הינם: בנק הפועלים מס' 12 סניף 410, מס' חשבון 110116, שוהם. במידה ומדובר בשליחת כתב התחייבות טרם הקורס, אנא ציין תנאי תשלום. אישור לתנאי תשלום תלוי אישור סמנכ"ל כספים. [↑](#footnote-ref-1)