



מרכז זיו - הדרכה וסימולציה
מצוינות במקצועות הבריאות והרפואה

טופס פרטים אישיים

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת.ז. _____

כתובת: _____

דוא"ל: _____ @ _____

מס' טלפון בבית: _____ טל. נייד: _____

מקום עבודה

שם ביה"ח/ארגון: _____ מחלקה/מרפאה: _____

תפקיד: _____ ותק מקצועי: _____

טל. במקום עבודה: _____

הרשמה לקורס: _____