**טופס הרשמה לקורסים: פעילות גופנית בהריון ולאחר לידה**

**וקורס מדריכי הכנה ללידה והורות**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **תמחור:** | **חלק א'** | **חלק ב'** | **קורס מלא (10% הנחה)** |
| **חבר עמותה** | **2,400 ₪** | **3,200 ₪** | **5,050 ₪** |
| **לא חבר** | **2,750 ₪** | **3,650 ₪** | **5,750 ₪** |

הרשמה לקורס תחייב חיוב ראשון בסך: 500 ₪ - דמי רישום.

יתרת הסכום תיגבה אוטומטית (ניתן לשלם את היתרה עד חמישה תשלומים).

בכל מקרה של ביטול ייגבו 35 ₪ דמי טיפול**.**

**ביטול לאחר ה - 20.01.15 יחויב במלוא הסכום.**

**להרשמה ולתשלום יש למלא את הפרטים הבאים:**

1. **שם משפחה \_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם פרטי\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת.ז\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **כתובת\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ עיר\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מיקוד\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
3. ***טלפון\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ נייד \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

 **E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**אני מבקש/ת להוציא קבלה ע"ש: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**אמצעי תשלום:**

**ניתן לצרף שיק לפקודת: "העמותה לקידום הפיזיותרפיה"**

**ולשלוח לכתובת: וייסבורג 17 ת"א מיקוד 6935827**

**או לחלופין בכרטיס אשראי לפי הפרטים:**

**סוג הכרטיס\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מס' כרטיס האשראי\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**תוקף \_\_\_/ \_\_\_ מספר תשלומים: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**שם בעל הכרטיס ות.ז: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**את הטופס יש לשלוח במייל ו/או לפקס- 03-6888107**

**באחריות הנרשמים לוודא הגעת הפקס מול העמותה באמצעות מייל :**

**iptsoffice@gmail.com**