**טופס הרשמה- קורס יסודות האימון לפיזיותרפיסטים**

**מחזור ספטמבר 2016**

יש למלא את הטופס ולשלוח לכתובת מייל dankowen@gmail.com

שימו לב יש לבצע תשלום מקדמה בנוסף לשליחת טופס זה!

**שם ושם משפחה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**מס' טלפון נייד\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**כתובת דואר אלקטרוני :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**מס תעודת זהות\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**כתובת למשלוח דואר:**

**רחוב \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מספר\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ישוב \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מיקוד/ת.ד. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**תשלום מקדמה:**

**הנני מצרף המחאת מקדמה לפקודת דן כהן:**

**על סך\_\_\_\_\_\_\_\_\_₪ לפרעון בתאריך 9.8.16**

**אנא צרו עימי קשר לקבלת פרטי כרטיס אשראי**

 **ידועים לי תנאי ההרשמה והביטול (נא לסמן √)**

**חתימה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  תאריך:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**טופס זה יש לשלוח לכתובת בצרוף המחאה : דן כהן, חומה ומגדל 6 דירה 9, כפר סבא**

**נשמח לראותכם,**

**דן כהן ויערה שדור**

**0523676845 dankowen@gmail.com**