

## נרשמת/ נכבד/ה

אנו מודים לך על פנייתך להירשם למבחן הממין להשתלמות מוכרת בסייעוד בבית הספר לסייעוד ע"ש הנרייטה סאלד של הדסה והאוניברסיטה העברית.

### מועד המבחן הממין:

04/07/2024 יום חמישי, בין השעות 17:00 - 15:00

### להלן דרישות הרישום למבחן:

1. הצגת מקור של תעודת אח/ות מוסמך/ת.
2. הצגת מקור של תואר אקדמי מוכר בישראל.
3. הצגת ת"ז כולל הספח המעיד על כי בעלת התעודה אזרח או תושב ישראל (במידה והתעודה הינה ביומטרית, יש לצלם את שני צידי התעודה).
4. מילוי טופס ההרשמה.

הצגת תעודות מקוריות יתבצע במזכירות בית הספר לסייעוד בבית החולים הדסה עין כרם,

שעות קבלת הקהל הן בימים א'-ה' בין השעות 08:00-13:00.

### לידיעתך:

- בעלי זכאות לתוספת זמן יקבלו 30 דקות נוספות. יש לעדכן את בית הספר על כך בזמן הרישום למבחן ולהביא אישור / אבחון על זכאותכם.
- הרישום יסתיים בתאריך **04/06/2024**, יום שלישי בשעה 15:30.
- הצגת מקור למי שביצע את הרישום הראשוני באתר תתאפשר עד התאריך **27/06/2024** יום חמישי בשעה 15:00.
- הזמנה לבחינה תישלח באמצעות המייל, כשבועיים לפני הבחינה ורק למועמד שהשלים את הליכי הרישום כנדרש.

### תשלום לבחינה:

עלות ההרשמה לבחינה: 100 ₪. (דמי הרישום והטיפול אינם מוחזרים במידה של ביטול רישום).

להלן דרכי התשלום:

- בקופות הדסה: מחלקת כספים - אצל הגב' אירית מרדכי (יש להגיע עם השובר המצורף):  
**עין כרם - ימים א', ג', ה' בין השעות 10:00-12:00**, בנין מינרב, קומת כניסה  
**הדסה הר הצופים - יום שני בין השעות 10:00-12:00** (ליד משרד עובדי בית)
  - טופס תשלום באשראי- מצורף בהמשך. יש למלא ולהגיש יחד עם שאר המסמכים במעמד הרישום.
  - העברה בנקאית: לזכות חשבון מס' 25000, סניף ירושלים עסקים/חולון (436), בנק הפועלים בע"מ (מספר בנק 12) - שם מוטב: הסתדרות מדיצינית הדסה.
- במקרה זה, יש להעביר למייל של חגית: [hagitem@hadassah.org.il](mailto:hagitem@hadassah.org.il) את אישור התשלום.

**לאור הדרישה הגבוהה הקדימו להירשם!**

## טופס רישום למבחן הממיינ יולי 2024

### פרטים אישיים:

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת"ז

מספר טלפון	כתובת מלאה	מייל אלקטרוני

### השכלה אקדמאית:

תחום התואר	שם המוסד	שנת סיום

### מסמכים שיש לצרף:

צילום תעודת אח/ות מוסמך/ת (הצגת מקור)	
צילום תעודת תואר אקדמי מוכר בישראל (הצגת מקור)	
צילום תעודת זהות (הצגת מקור)	
העתק קבלה על תשלום דמי רישום	

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_



**תשלום דמי רישום בקופת הדסה - יש להגיע לקופה עם שובר זה:**

תאריך: \_\_\_\_\_

אל:  
גב' אירית מרדכי  
קופת הדסה- אגף הכספים (קומה 3)  
הדסה עין כרם

הנדון: תשלום עבור: דמי רישום - מבחן ממיין יולי 2024

אבקש לקבל מ: \_\_\_\_\_ סך של 100 ₪.

נא לזכות את הסעיף התקציבי שמספרו GL9549610 / מס' תקציב 354500

שעות קבלה בקופות הדסה:

עין כרם - ימים א', ג', ה' בין השעות 10:00-12:00, קומה 3 מחלקת כספים  
הדסה הר הצופים - יום ב' בין השעות 10:00-12:00 (ליד שיקום ילדים ומשרד עובדי בית)

בברכה,

חגית כהן מירון - מזכירות סטודנטים

טל' 02-6778403



**תשלום באשראי - יש למלא טופס זה ולהגיש יחד עם שאר הטפסים במעמד הרישום לבחינה**



המרכז הרפואי  
האוניברסיטאי  
**הדסה**

מיסודו של ארגון נשות הדסה

הסתדרות מדיצינית הדסה  
אגף הכספים

לכבוד:

ביה"ח הדסה

אגף הכספים-אירית מרדכי (קופה ראשית)

תאריך:

**הנדון: חיוב באמצעות כרטיס אשראי**

שם הלקוח:  מס' פלא:   
כתובת:  עיר:

מס' החשבון: הנה"ח  354500  
פרטים:  מבחן ממיין יולי 2024

**פרטי כרטיס האשראי**

מס' האשראי:   
הסכום לחיוב:   
מס' תשלומים:   
תוקף:  :CVV

**סוג כרטיס האשראי: (הקף בעיגול)**

ישראל:  אמריקן אקספרס:  דינרס:   
ויזה: לאומי קארד / ויזה רגיל מאסטרקארד: ישראל / לאומיקארד

ת.ז של בעל הכרטיס:   
שם בעל הכרטיס:   
שם הבנק:   
מס' חשבון הבנק:   
מס' הבנק:   
מס' הסניף:   
חתימת בעל הכרטיס:

יש להעביר במייל עבור אירית מרדכי-אגף הכספים  
מייל: ERIT@HADASSAH.ORG.IL  
טלפון: 02-6778037