



חטיבת בריאות הציבור
המחלקה למעבדות
PUBLIC HEALTH LABORATORIES

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

סימובין: 63330325

טופס הרשמה לבחינה ממשלתית בשאיבת דם ורידי

להלן פרטי האישיים:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מספר ת.ז. _____

כתובת מדויקת למשלוח דואר:

רחוב/ת"ד _____ מס' בית _____ עיר _____ מיקוד _____

דוא"ל _____ טלפון נייד _____ טלפון נוסף _____

**הנני מצהיר/ה בזה כי הבנתי בעברית מספיקה
להשתתפות בבחינה הממשלתית שתיערך בעברית!!!**

תאריך _____ / _____ / _____ חתימה _____

- עמידה בכל תאני הקורס כפי שפורט בטופס הרשמה לקורס שאיבת דם וורידי
- טופס תרגול שאיבת דם וורידי חתום (100 לקיחות מ- 100 נבדקים שונים/דקירות).
- אישור ביצוע העברה בנקאית ע"ס 400 ₪ לחשבון ע"ש "הקרן למחקרים רפואיים" ב"יובנק" [UBank] (מס' 26), סניף 288, חשבון מס' 328510 – יש לשלוח במייל:

phlebotomist@moh.gov.il