

Health Care Technological Innovation From Idea to Commercialization

Application Form - 10th Course
November 27th-30th, 2016

Full Name:

Position:

Organization / Company:

Your Responsibilities:

Academic background:

Phone numbers:

Work: -----

Mobile: -----

Home: -----

E-mail address: -----

Home address:

Organization / Company address:

Brief Description of Your company: Please note whether biotech; Medical devices or Health IT (bioinformatics, digital health, data analysis and the like)

Please describe in just a few sentences the reasons for your interest in attending the Program:

טופס רישום והתחייבות לתכנית Health Care Technological Innovation

פרטים אישיים

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ מין ז / נ ת.ז. (כולל ספרת ביקורת): _____
 תאריך לידה: _____ כתובת: _____ עיר: _____ מיקוד: _____
 טל' בבית: _____ נייד: _____ דוא"ל פרטי: _____ @
 השכלה אקדמית: BA/ MA/ MBA/ Phd תחום: _____ בוגר הפקולטה לניהול באוני' ת"א: כן / לא בוגר להב: כן / לא
 תכנית: _____ שנת לימוד: _____ תפקיד נוכחי: _____ ניסיון ניהולי: _____
 ברשותי פרופיל לינקדאין (LinkedIn) פעיל: כן לא

פרטי מקום העבודה

שם החברה/ארגון: _____ תחום פעילות/ענף (חברה): _____ כתובת: _____ מיקוד: _____
 טל' בעבודה: _____ פקס: _____ דוא"ל בעבודה: _____ @

היכן שמעת על התכנית?

אינטרנט: אתר להב / אתר אחר, אנא פרט _____
 פרסום שאינו באינטרנט, אנא פרט _____
 מחלקת משאבי אנוש / גורם אחר במקום העבודה
 המלצות מאחרים, שם הממליץ: _____
 אחר, אנא פרט _____

התחייבות לתשלום

חשבונית מס ע"ש (חובה למלא)
 ח.פ. / ע"ר _____
 פרטי המתחייב: במקרה של תשלום ע"י חברה / ארגון
 אני הח"מ (שם החותם) _____ ("המתחייב") תפקיד (החותם) _____
 כתובת (במקרה ששונה מפרטי מקום העבודה) _____ טל' איש קשר _____

תנאי התחייבות

שכר הלימוד: 5,300 ₪ לא כולל מע"מ

אמצעי תשלום

כרטיס אשראי: _____ ישראל מאסטקארד ויזה דיינרס אמריקן אקספרס אחר
 מספר כרטיס _____ שם בעל הכרטיס _____
 ת.ז. של בעל הכרטיס _____ (כולל ספרת ביקורת) תוקף _____ / _____ מספר תשלומים _____
 המחאה: לפקודת – להב פיתוח מנהלים בע"מ
 העברה בנקאית (לחשבונו בבנק הפועלים (12), סניף איינשטיין (778), חשבון מס' 569780)

אני מאשר שהפרטים שנמסרו ישמשו לצורך משלוח מידע על תכניות ניהול ופעילויות מטעם להב.
 (אם אינך מאשר אנא מחק את השורה)

אני/אנו מאשרים את תנאי ההתחייבות לתשלום דמי רישום ושכר לימוד (כמפורט בעמוד הבא):

חתימת המשתתף _____ תאריך: _____ חתימת מורשה חתימה + חותמת _____

את הטופס יש להעביר חתום לפקס: 03-6436189 או דוא"ל info@lahav.ac.il

או בדואר ל: להב, הפקולטה לניהול, אוניברסיטת תל-אביב, קריית האוניברסיטה ת.ד. 39010 תל-אביב 6997801

תנאי ההתחייבות לתשלום דמי רישום ושכר לימוד לתוכנית

Health care Technological Innovation

נובמבר 2016

תנאי תשלום שכר לימוד לתכנית

שכר הלימוד הינו 5,300 ₪ לא כולל מע"מ

- בתשלום בכרטיס אשראי - מיידית בתשלום אחד.
- בתשלום בהמחאה, תאריך התשלום לא יהיה יאוחר מיום ה 26.11.2016.
- בהעברה בנקאית, תאריך ביצוע ההעברה לא יהיה יאוחר מיום ה 26.11.2016.

תנאי השתתפות ותנאי ביטול

1. ניתן לבטל את ההרשמה עד 7 ימים לפני תחילת התוכנית. ביטול לאחר מועד זה יחויב דמי ביטול בסך 350 ₪.
2. במקרה של הפסקת לימודים לאחר תחילת התכנית יחויב המשתתף בשכר הלימוד המלא.
3. ביטולים יש להעביר למשרדי להב בכתב בלבד - בפקס 03-6436189 או במייל info@lahav.ac.il
4. את דמי ההשתתפות בתכנית (על פי התנאים המפורטים בטופס הרישום) / דמי הביטול ניתן לשלם:
 - בהמחאה לפקודת להב פיתוח מנהלים בע"מ. ת.ד. 39010, רמת אביב, תל-אביב 6997801
 - בהעברה בנקאית לחשבוננו בבנק הפועלים (12), סניף איינשטיין (778), חשבון מס' 569780
 - בכרטיס אשראי
5. לא ניתן להעביר את זכות הלימודים לאדם אחר.
6. ללהב שמורה הזכות להפסיק לימודי משתתף במקרה של התנהגות לא נאותה, ו/או בגין אי תשלום שכר הלימוד, כולו או חלקו.
7. הלימודים בלהב אינם מקנים תואר אקדמי או נקודות זכות אקדמאיות, אלא תעודה בלבד.
8. קבלת התעודה מותנית בנוכחות ב- 80% מהמפגשים לכל הפחות, ובעמידה בבחינות ו/או בהגשת עבודות, בהתאם לתנאי התוכנית.
9. ללהב שמורה הזכות להשתמש בתמונות אשר צולמו במהלך הלימודים לכל צורך, יש להודיע בכתב על אי הסכמה לסעיף זה.

להב מודה לך על הצטרפותך לתכנית ומאחלת לך למידה פורייה ומהנה.