



ביה"ס ל-CBT
פרט • משפחה • קהילה

טופס רישום – קורס מקיף ACT מקוון – אפריל 27

שם משפחה _____ שם פרטי _____
כתובת _____ עיר _____ מיקוד _____
כתובת E-mail (בכתב ברור): _____
טלפון בבית _____ טלפון נייד _____ ת.ז. _____
מקצוע _____ התמחות _____
מקום עבודה עיקרי _____ תפקיד _____
השכלה אקדמית רלוונטית Ph.D/M.A./B.A. בתחום _____
מאוניברסיטת / מכללת _____
מספר שנות ניסיון בפסיכותרפיה: _____ בגישה: CBT / דינמי / משפחתי / אחר _____

- ♦ יש לצרף העתק מתואר אקדמי טיפולי
- ♦ תשלום טלפוני בכרטיס אשראי – עירית 052-2499683

רישום מוקדם עד תאריך 5.1.27: 2,950 ₪ כולל 18% מע"מ

רישום מאוחר מתאריך 6.1.27: 3,200 ₪ כולל 18% מע"מ

את טופס הרישום והמסמכים הנלווים יש לשלוח למייל cbt.school.il@gmail.com

בחתימתי אני מאשר/ת קבלת חשבוניות מס/קבלה באמצעות המייל. תנאי הרישום, הקבלה, מדיניות ההחזר הכספי ומדיניות הפרטיות ידועים ומקובלים עלי.

תאריך _____ חתימה _____