



פשיעה פרמצבטית והטעייה בתחומי הרפואה

מועד פתיחה 6.9.22

מטרת הקורס:

- ❖ הכרת השלכות בריאותיות וכלכליות של תופעות הפשיעה הרפואית.
- ❖ פיתוח מיומנויות הקשורים לזיהוי ומניעת התופעה בקרב אנשי צוות רפואי

מבנה הקורס:

יום לימוד בשבוע –יום ג' (יתכנו שינויים בלתי צפויים), בין השעות 19:00-15:30 בביה"ס לסיעוד.

היקף הקורס: 60 שעות, 16 מפגשים

דרישות הקורס:

- נוכחות מלאה
- בחינה מסכמת

תנאי קבלה: תעודת: רופא/ אח/ פיזיותרפיסט/ רוקח/ עובדי מעבדה/ טכנאי רנטגן/
מנהל בטחון רפואי.

שכר לימוד:

דמי הרשמה – 100 ₪ (במקרה של ביטול מצד הנרשם דמי רישום לא יוחזרו).
שכר הלימוד- 1,500₪

הקורס לא מוכר לגמול השתלמות

לפרטים נוספים והרשמה ניתן להתקשר לביה"ס לסיעוד "שמיר"

בטל': 08-9779471/2 לגב' שירה רחל טדג'יאב.

ניתן לשלוח את הטפסים לכתובת מייל: rachelr@shamir.gov.il

הקדימו את הרשמתכם!

פתיחת הקורס מותנית במס' הנרשמים!





טופס הרשמה לקורס – פשיעה פרמצבטית והטעייה בתחומי הרפואה

שם פרטי _____ שם משפחה _____ ת.ז. _____

כתובת: _____

טל' בבית: _____ טל' נייד: _____

כתובת מייל: _____

מקום עבודה _____ טל' בעבודה _____

**נא לצרף צילום תעודת: רופא/ אח/ פיזיותרפיסט/ רוקח/ עובדי מעבדה/ טכנאי רנטגן/
מנהל בטחון רפואי + צילום תעודת זהות וספח**

חתימה _____ תאריך _____





הנדון : כתב התחייבות לתשלום שכר לימוד עבור תכנית לימודים בבית הספר לסיעוד

חלק א' - פרטים אישיים

אני _____ ת.ז. _____
כתובת _____
טלפון סלולארי _____ טלפון נוסף _____
כתובת דוא"ל _____
לומד/ת בקורס פשיעה פרמצבטית והטעייה בתחומי הרפואה
מועד פתיחה 6.9.22

חלק ב' - מהות ההתחייבות

אני מצהיר/ה ומתחייב/ת בזאת כדלהלן:

1. שכר הלימוד בו אני מתחייב/ת לעמוד הוא בגובה של 1500 ₪.
2. ידוע לי שחתימתי על גבי הטופס מהווה התחייבות מצדי לתשלום שכר הלימוד כפי שאדרש.
3. ידוע לי שלא אהיה זכאי לכל אישור או תעודה כל עוד לא השלמתי שכר לימוד כנדרש.
4. ידוע לי שאם לא אשלם את שכר הלימוד כפי שאדרש אהיה מחויב גם בריבית והצמדה למדד, כנהוג במשרד.

חתימת המשתלם _____ תאריך החתימה _____

