

ארגון הרופאים – שירותי בריאות כללית

תל-אביב 64334, רח' תל-חי 6, טל: 03-5280118, פקס: 03-5286115

<mailto:irgun-r2@irgunharofim.org>

טופס עדכון פרטים אישיים

שם מלא בעברית: _____

שם מלא בלטינית (אותיות דפוס): _____

מספר תעודת זהות: _____ (9 ספרות)

תאריך לידה: _____ (יום/ חודש/שנה)

מקום לידה: _____

עיר ארץ

תאריך עליה: _____ (שנת בלבד)

כתובת מגורים: _____

רחוב מספר עיר מיקוד

טלפון בבית: _____

טלפון סלולרי: _____

דואר אלקטרוני פרטי: _____

מצב משפחתי (הקף בעיגול): רווק/ה גרושה/ נשוי/אה אלמן/ה

למד/ה רפואה בארץ: _____

גמר/ה חוק לימודיו/ה בארץ: _____

גמר/ה חוק לימודיו/ה בשנת: _____

מספר רישיון לעסוק ברפואה: _____

מקום העבודה: _____

טלפון בעבודה: _____

פקס בעבודה: _____

רופא/ה למחלות: _____

מתמחה/ מומחה / למל"מ (מחק המיותר)

מספר רישיון מומחה: _____

חתימה: _____

תאריך: _____