מ.ל.ל  מרכז אבחון לקויי למידה

האוניברסיטה הפתוחה

91842

**טופס מס. 2**

# בקשת הרשמה לאבחון במ.ל.ל

**פרטי הנרשם**

| מספר זהות מלא (9 ספרות) | שם פרטי | שם משפחה |
|---|---|---|
| | | |

רחוב ומספר _____ יישוב _____ מיקוד _____

כתובת דואר אלקטרוני _____

| מספר טלפון בשעות היום | מספר טלפון בשעות הערב | מספר טלפון סלולרי |
|---|---|---|
| | | |

**תשלום עבור האבחון 1,726 ש"ח**

**תשלום זה יגבה רק לאחר אישור בדיקת התאמה לאבחון .**

ניתן לשלם בכרטיס אשראי או בבנק הדואר או בקופת האוניברסיטה הפתוחה )ב "למדא"( .

**פרטי התשלום )יש לסמן X במקום המתאים ולמלא את הפרטים הרלוונטיים(**

עד שלושה תשלומים :סמן בהתאם – 1 3 2

☐

**מספר הזהות של בעל הכרטיס:**

**שם מלא של בעל הכרטיס** : _____ **תוקף הכרטיס עד** _____ / _____

**חתימה** _____

☐ תשלום **בבנק הדואר )בלבד(** לפקודת חשבון מס' 22569567 – נא לצרף לטופס זה העתק הקבלה ולציין עליה בבירור – **בקשת הרשמה לאבחון במ.ל.ל )2113( ואת השם ומספר הזהות )9 ספרות( .**

☐ או **בקופת האוניברסיטה הפתוחה** (ב"למדא") .