

אוניברסיטת בן גוריון  
הפקולטה למדעי הבריאות  
המחלקה למדיניות וניהול מערכות בריאות

**הודעה על שינוי פרטים אישיים**

מס' ת.ז.: \_\_\_\_\_  
שם פרטי ומשפחה: \_\_\_\_\_  
שם הפקולטה: \_\_\_\_\_ תואר: \_\_\_\_\_

**להלן השינויים שחלו בפרטי האישיים:**

שם משפחה חדש: \_\_\_\_\_ באנגלית: \_\_\_\_\_  
שם משפחה קודם: \_\_\_\_\_

שם פרטי חדש: \_\_\_\_\_ באנגלית: \_\_\_\_\_  
שם פרטי קודם: \_\_\_\_\_

\* חובה לצרף צילום ת"ז המעיד על השינוי.

מצב משפחתי: רווק/ה, נשוי / נשואה, גרוש / ה

**כתובת קבועה:**

רחוב: \_\_\_\_\_ מספר: \_\_\_\_\_  
עיר: \_\_\_\_\_ מיקוד (חובה): \_\_\_\_\_

**כתובת להתכתבות:**

רחוב: \_\_\_\_\_ מספר: \_\_\_\_\_  
עיר: \_\_\_\_\_ מיקוד (חובה): \_\_\_\_\_  
טלפון: \_\_\_\_\_ מס' טלפון נוסף: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_