

מרכז לרפואה ומתודיקה בספורט

טופס הרשמה לשנה"ל תשע"ז :

קורס :

ת. זהות/דרכון _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____

מין: ז/נ _____ טלפונים _____ טלפון נייד _____ טלפון בבית _____ טלפון בעבודה _____

כתובת _____ מיקוד _____ רחוב _____ מס' בית _____ עיר _____

כתובת דואר אלקטרוני _____

תאריך לידה _____

מאשר קבלת חומר פרסומי לגבי השתלמויות וקורסים

סדרי התשלום:

ראה פרק הדין בסדרי התשלום בתקנון המכללה:

א. דמי הרישום ישולמו באמצעות כרטיס אשראי.

ב. את דמי ההשתתפות בקורסים אבקש לשלם באמצעות:

כרטיס אשראי (ניתן לשלם בתשלומים)

הוראת קבע (יש לצרף את ספח ההוראות חתום ע"י הבנק/
5 תשלומים ובלבד שהתשלום האחרון יבוצע לפני תום הלימודים בקורס)

ג. במקרה של החזרי תשלומים אבקש לזכות את חשבון הבנק שלהלן:

שם הבנק _____ מספר הבנק _____

שם הסניף וכתובתו _____

מספר הסניף _____ מספר חשבון הבנק _____

חתימת הנרשם _____

מחיר מלא _____
דמי רישום _____ שולם/לא שולם _____
סה"כ הנחות _____
סכום לתשלום _____

פרטי כרטיס אשראי:

שם התלמיד: _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ת.ז. _____

אבקש לשלם דמי הרישום ודמי ההשתתפות בקורס/ים באמצעות כרטיס האשראי שלהלן:

סוג הכרטיס: _____

 ויזה ישראלכרט אחר:

תוקף הכרטיס: _____

מספר הכרטיס _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ת.ז. (בעל הכרטיס) _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

שם בעל הכרטיס: _____

דמי רישום בלבד

סכום החיוב: _____

מספר התשלומים שיגבו: _____

חתימת הנרשם _____

התחייבות והצהרה:

הנני מתחייב/ת למלא אחר תקנות המכללה ולעמוד בכל החלטותיה במשך תקופת לימודיי במכללה, ובקשך לך.

הנני מתחייב/ת לשלם במלואם ובמועד את התשלומים, כפי שנקבעו ו/או ייקבעו על ידיכם ובתוספת הפרשי הצמדה למדד ו/או ריבית, כפי שתהיה נהוגה במכללה באותה עת, ומעת לעת, כאשר הבסיס הינו מדד חודש אפריל 2016.

הנהלת המכללה רשאית לשנות את שיעורי התשלומים, את תנאיהם ואת מועדיהם, בהתאם לתנאים שבידיעון ב"ס להשתלמויות.

אם לא אעמוד בתשלומים במלואם או במועד הנקוב לתשלומים, תהיו רשאים להפסיק את לימודיי מבלי לפגוע בזכותכם לכל סעד אחר, ומבלי שיהא בכך כדי לפטור אותי מתשלום לפי כללי המכללה, בתוספת ריבית פיגורים בשיעור שייקבע על ידי המכללה באותה עת.

ידוע לי והנני נותן/ת הסכמתי כי אם לא יוסדר התשלום בגין דמי ההשתתפות עד מועד פתיחת הקורס בהודאת קבע/באמצעות קרן השתלמות (למורים בשבתון)/באמצעות פיקדון צבאי, ייגבה התשלום באמצעות כרטיס האשראי שמופיע בטופס הרישום.

ידוע לי והנני מסכים/ה כי תכנית הלימודים כפופה לשינויים, לרבות החלפת המורים וצוות מפעילי הקורסים.

ידוע לי והנני מסכים/ה כי יתכנו שינויים בנהלי ההכרה לגמול השתלמות על פי החלטות האגף להשתלמויות עובדי הוראה במשרד החינוך, כמו כן, לא יאושר גמול השתלמות עבור קורסים שנלמדו בעבר. הנני מתחייב/ת להמציא אישור הצהרה רפואי חתום על ידי רופא המאשר את כשירותי לעסוק בפעילות גופנית עד למועד תחילת הקורס.

ידוע לי שהאחריות למסירת האישיורים הללו חלה עלי. ידוע לי כי אי המצאת האישיורים עלולה לגרום לביטול לימודי, ובכל מקרה אני אשא במלוא האחריות לכל תוצאה שתגרם לי, בעקבות מצב בריאותי אשר לא דווח למכללה, כאמור לעיל.

ידוע לי והנני מאשר כי פרטי ההתקשרות עימי (מספר נייד/כתובת דוא"ל) ישמשו את המכללה למשלוח דיוורים פרסומיים וזאת כל עוד לא אודיע לה אחרת.

לאחר שקראתי כתב התחייבות זה בעין וכן את ידיעון ביה"ס להשתלמויות של המכללה לשנה"ל תשע"ז, והבנתי את תוכנם ואת המשמעות הנובעות מהם, הנני מאשר/ת בחתימתי, ומרצוני החופשי, את הסכמתי ואת התחייבותי לכל האמור.

חתימת הנרשם

תאריך הרישום

תאריך מילוי הטופס

את הטופס יש לשלוח לפקס 09-8639326 או למייל : ella_l@wincol.ac.il