

בית הספר לרפואה משלימה



המרכז האקדמי
לוינסקי-וינגייט
מחקר, חינוך וספורט

מ.ת. זהות/ דרכון *		שם משפחה		שם פרטי		מין	

טלפונים							
טלפון בית							
טלפון נייד *							

[illegible]

כתובת דואר אלקטרוני – E-mail

@ _____

תאריך לידה אזורי *

יום	חודש	שנה			

* שדות חובה

שעות	שם הקורס	שעה	יום	קוד הקורס

		סה"כ שעות
--	--	-----------

לשימוש המשרד בלבד:

.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

יש למלא את הטופס משני צדדיו ולשלוח לפקס מס. 09-8639327
או למייל: ornite@l-w.ac.il טלפון במשרד: 09-8639390
המרכז האקדמי לוינסקי-וינגייט, קמפוס וינגייט

הנני מתחייב/ת למלא אחר תקנות המכללה ולעמוד בכל החלטותיה במשך תקופת לימודי במרכז האקדמי לוינסקי-וינגייט, ובקשר לכך. הנני מתחייב/ת לשלם במלואם ובמועד את התשלומים, כפי שנקבעו ו/או ייקבעו על ידכם ובתוספת הפרשי הצמדה למדד ו/או ריבית, כפי שתהיה נהוגה במרכז האקדמי באותה עת, ומעת לעת, כאשר הבסיס הינו מדד חודש אפריל 2021.

הנהלת המרכז האקדמי רשאית לשנות את שיעורי התשלומים, את תנאיהם ואת מועדיהם. אם לא אעמוד בתשלומים במלואם או במועד הנקוב לתשלום, תהיו רשאים להפסיק את לימודי מבלי לפגוע בזכותם לכל סעד אחר, ומבלי שיהא בכך לפטור אותי מתשלום לפי כללי המרכז האקדמי, בתוספת ריבית פיגורים בשיעור שייקבע על ידי המרכז האקדמי באותה עת. ידוע לי והנני נותן/ת הסכמתי כי אם לא יוסדר התשלום בגין דמי השתתפות עד מועד פתיחת הקורס בהוראת קבע/באמצעות קרן השתלמות (למורים בשבתון)/באמצעות פיקדון צבאי, ייגבה התשלום באמצעות כרטיס האשראי המופיע בטופס הרישום. פקדון צבאי ייגבה התשלום באמצעות כרטיס האשראי שמופיע בטופס הרישום.

ידוע לי והנני מסכים/ה כי תכנית הלימודים כפופה לשינויים, לרבות החלפת מורים וצוות מפעילי הקורס. ידוע לי והנני מסכים/ה כי יתכנו שינויים בנהלי ההכרה לגמול השתלמות או לאופק חדש על פי החלטת האגף לפיתוח מקצועי במשרד החינוך, כמו כן, לא יאושר גמול השתלמות עבור קורסים שנלמדו בעבר, התאמת ההכרה לגמול השתלמות היא בהתאם לדרגה, לסוג הקורס ולכל לומד בנפרד. הנני מתחייב להמציא אישור הצהרה רפואי חתום על ידי הרופא המאשר את כשירותי לעסוק בפעילות גופנית על למועד תחילת הקורס. ידוע לי שהאחריות למסירת האישורים הללו חלה עלי. ידוע לי כי אי המצאת האישורים עלולה לגרום לביטול לימודי, ובכל מקרה אשא במלוא האחריות לכל תוצאה שתיגרם לי בעקבות מצב בריאותי אשר לא דווחה למרכז האקדמי, 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 למרכז האקדמי אחרת לאחר שקראתי כתב התחייבות זה בעיון וכן את ידיעון בית הספר ללימודי תעודה ולהשתלמויות של המרכז האקדמי לשנה"ל תשפ"ד ואת הפרטים הקשורים לקורס אליו נרשמתי, והבנתי את תוכנם ואת המשמעויות הנובעות מהם, הנני מאשר. ת. בחתימתי, ומרצוני החופשי, את הסכמתי ואת התחייבותי לכל האמור

חתימת הנרשם

תאריך מילוי הטופס

סדרי התשלום

ראה הפרק הזן בסדרי התשלום בידיעון בתי הספר ללמודי תעודה ולהשתלמויות.
א. דמי הרישום ישולמו באמצעות כרטיס אשראי. (סמן ✓ במקום המתאים בטבלה למטה)
ב. את דמי ההשתתפות בקורסים אבקש לשלם באמצעות: (סמן ✓ במקום המתאים)

- ☐ תשלום במזומן.
☐ כרטיס אשראי (ניתן לשלם עד 10 תשלומים בתנאי שיש מסגרת אשראי מתאימה. יש לסמן ולרשום את מספר התשלומים בטבלה למטה).
☐ הוראת קבע בכרטיס אשראי עד 7 תשלומים. (סמן ✓ במקום המתאים בטבלה למטה)
☐ הוראת קבע (יש לצרף את ספח הוראת הקבע חתום ע"י הבנק, ניתן לשלם עד 7 תשלומים ובלבד שהתשלום האחרון יבוצע לפני תום הלימודים בקורס).
ניתן להוריד טפסים באתר המכללה, להחתימם בבנק ולהחזירם למכללה לא יאוחר משבועיים לפני תחילת הלימודים (להורדת הטופס: www.wincol.ac.il ← לימודי תעודה ← טפסים ← טופס הוראה לחיוב חשבון)
☐ המשך הרשאה לחיוב חשבון הבנק בהוראת קבע מהשנה שעברה (משתלמים ממשיכים בלבד).
☐ קרן השתלמות (למורים בשבתון)
☐ פיקדון צבאי (לקורס מאושר בלבד)

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

שם הבנק _____ מספר הבנק _____ שם הסניף וכתובתו _____

מספר הסניף _____ מספר חשבון הבנק _____ חתימת המשתלם _____

פרטי כרטיס האשראי							
סוג הכרטיס:	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>ויזה</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>ישראלכרטיס</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>אחר</td> </tr> </table>	1	ויזה	2	ישראלכרטיס	3	אחר
1	ויזה						
2	ישראלכרטיס						
3	אחר						
שם המשתלם:	_____						
מס' הכרטיס	_____						
תוקף הכרטיס	_____						
שם בעל הכרטיס	_____ ת.ז. _____						
אפשרויות התשלום (סמן x במקום המתאים):							
דמי רישום:	_____						
דמי רישום בלבד (תשלום אחד)	☐						
שכר לימוד:	_____						
תשלום אחד במזומן	☐						
בתשלומים, מס' התשלומים המבוקש:	_____						
10) תשלומים שווים לכל היותר	☐						
בתנאי שיש מסגרת אשראי מתאימה	_____						
הוראת קבע בכרטיס אשראי עד 7 תשלומים	☐						
חתימת בעל הכרטיס	_____						
לשימוש המשרד בלבד	_____						
דמי רישום:	_____						
שכר לימוד:	_____						
סה"כ לחיוב:	_____						