



טופס הרשמה לשנה"ל תשפ"ו

בית הספר לרפואה משלימה

| מין | שם פרטי | שם משפחה | מספר זהות / זרכון* |
|-----|---------|----------|--------------------|
| 1 ז | | | |
| 2 נ | | | |

| שם משפחה קודם | טלפון בית | טלפונים | טלפון נייד |
|---------------|-----------|---------|------------|
| | | | |

| מיקוד | כתובת קבועה | | |
|-------|-------------|------|------|
| | עיר | מספר | רחוב |

| Email - כתובת דואר אלקטרוני | תאריך לידה אזרחי* |
|-----------------------------|-------------------|
| @ | |

| שעות | שם הקורס | שעה | יום | קוד הקורס |
|------|-----------|-----|-----|-----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | סה"כ שעות | | | |

לשימוש המשרד בלבד:

.....

.....

.....

.....

יש למלא את הטופס משני צדדיו ולשלוח לפקס מספר 09-8639327
או למייל: ornite@l-w.ac.il טלפון במשרד: 09-8639390

- הנני מתחייב/ת למלא אחר תקנות המרכז ולעמוד בכל החלטותיו במשך תקופת לימודי במרכז, ובקשר לכך הנני מתחייב/ת לשלם במלואם ובמועד את התשלומים, כפי שנקבעו או ייקבעו על ידיכם ובתוספת הפרשי הצמדה למדד ו/או ריבית, כפי שתהיה נהוגה במרכז באותה העת, ומעת לעת, כאשר הבסיס הינו מדד חודש אפריל 2024.
- הנהלת המרכז רשאית לשנות את שיעורי התשלומים, את תנאיהם ואת מועדיהם.
- אם לא אעמוד בתשלומים במלואם או במועד הנקוב לתשלומים, תהיו רשאים להפסיק את לימודי מבלי לפגוע בזכותכם לכל סעד אחר, ומבלי שיהיה בכך כדי לפטור אותי מתשלום לפי כללי המרכז, בתוספת ריבית פיגורים בשיעור שייקבע על ידי המרכז באותה העת.
- ידוע לי והנני נותן/ת הסכמתי כי אם לא יוסדר התשלום עבור ההשתתפות בקורסים עד מועד פתיחת הלימודים בהוראת קבע/ פיקדון צבאי, ייגבה התשלום באמצעות כרטיס אשראי שמופיע בטופס הרישום.
- ידוע לי והנני מסכים/ה כי תכנית הלימודים כפופה לשינויים, לרבות החלפת המורים וצוות מפעילי תכניות הלימודים.
- ידוע לי והנני מסכים/ה כי יתכנו שינויים בנהלי ההכרה לגמול השתלמות או לאופק חדש, על פי החלטות האגף לפיתוח מקצועי במשרד החינוך, כמו כן, לא יאושר גמול השתלמות או הכרה לאופק חדש עבור קורסים שנלמדו בעבר.
- הנני מתחייב/ת להמציא אישור הצהרה רפואית חתום על ידי רופא המאשר את כשירותי לעסוק בפעילות גופנית עד למועד תחילת הקורס.
- ידוע לי שהאחריות למסירת האישורים הללו חלה עלי. ידוע לי כי אי המצאת האישורים עלולה לגרום לביטול לימודי, ובכל מקרה אני אשא במלא האחריות לכל תוצאה שתיגרם לי. בעקבות מצב בריאותי אשר לא דווח למרכז כאמור לעיל.
- בהתאם לדרישות יתכן כי חלק מהלימודים יתקיימו בלמידה מרחוק.
- ידוע לי והנני מאשר כי פרטי ההתקשרות אלי, (מספר נייד / כתובת דוא"ל) ישמשו את המרכז למשלוח דיוור פרסומי באמצעי המדיה השונים וזאת כל עוד לא אודיע לה אחרת. הענקת תעודות גמר על ידי בית הספר להשתלמויות מותנית בכך שגזברות המרכז האקדמי אישרה שהסטודנט שילם את שכר הלימוד במלואו ואינו חייב כספים למרכז האקדמי.
- להנהלת בית הספר יש את הסמכות להפסיק לימודים/או לא לאשר תעודת גמר לסטודנט, אשר לא ימצא מתאים על רקע תפקוד אישי או חברתי.
- לאחר שקראתי כתב התחייבות זה בעיון ואת הנהלים המופיעים בידיעון המרכז לשנת הלימודים הקרובה והבנתי את תוכנם ואת המשמעויות הנובעות מהם, הנני מאשר/ת בחתימתי ומרצוני החופשי, את הסכמתי ואת התחייבותי לכל האמור.

תאריך מילוי הטופס:

חתימת הנרשם

סדרי תשלום

- א. דמי הרישום ישולמו באמצעות כרטיס אשראי. (סמן ✓ במקום המתאים בטבלה)
- ב. את דמי ההשתתפות בקורסים אבקש לשלם באמצעות: (סמן ✓ במקום המתאים)
- תשלום במוזמן (עד 6,000 ש"ח או 10% מגובה העסקה הנמוך מביניהם).
 - כרטיס אשראי (ניתן לשלם עד 10 תשלומים בתנאי שישי מסגרת אשראי מתאימה. יש לסמן ולרשום את מספר התשלומים בטבלה למטה).
 - הוראת קבע בכרטיס אשראי עד 7 תשלומים. (סמן ✓ במקום המתאים בטבלה למטה)
 - העברה בנקאית. על פי המפורט בידיעון ובאתר הקמפוס.
 - הוראת קבע באמצעות ספח הוראת הקבע חתום ע"י הבנק, (ניתן לשלם עד 7 תשלומים ובלבד שהתשלום האחרון יבוצע לפני תום הלימודים בקורס). ניתן לפתוח הרשאה לתשלום בישימון קמפוס וינגייט - לפי קוד מוסד 31927
- ניתן להוריד טפסים באתר, להחתימם בבנק ולהחזירם לא יאחר 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 המשלם _____

| פרטי כרטיס האשראי | |
|--|---|
| שם המשלם: _____ | סוג הכרטיס <input type="checkbox"/> ויזה <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ישראל <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> |
| CVV <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> | מס' כרטיס <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| תוקף כרטיס <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> | שם בעל הכרטיס: _____ |
| מספר זהות <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | אפשרויות התשלום (סמן X במקום המתאים): |
| חתימת בעל הכרטיס: _____ | דמי רישום: _____ |
| לשימוש המשרד בלבד: | <input type="checkbox"/> דמי רישום בלבד (תשלום אחד) |
| דמי רישום: _____ | שכר לימוד: _____ |
| שכר לימוד: _____ | <input type="checkbox"/> תשלום אחד במוזמן |
| סה"כ לחיוב: _____ | <input type="checkbox"/> בתשלומים, מס' התשלומים המבוקש: _____ |
| | (10 תשלומים שווים לכל היותר בתנאי שישי מסגרת אשראי מתאימה) |
| | <input type="checkbox"/> הוראת קבע בכרטיס אשראי עד 7 תשלומים |