

**המכללה  
האקדמית  
בוינגייט**

ipsum

## סה"כ שעות

מורה לחינוך גופני כן לא

יש למלא את הטופס משני צדדיו ולשלוח לפקס מס. 09-8639350  
או למייל: sechisht5@wincol.ac.il טל. 09-8639261  
המכללה האקדמית בוינגייט בע"מ (חל"צ)

הנני מתחייב/ת למלא אחר תקנות המכללה ולעמוד בכל החלטותיה במשך תקופת לימודי במכללה, ובקשר לכך. הנני מתחייב/ת לשלם במלואו 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 2020. הנהלת המכללה רשאית לשנות את שיעורי התשלומים, את תנאיהם ואת מועדיהם. אם לא אעמוד בתשלומים במלואם או במועד הנקוב לתשלומם, תהיו רשאים להפסיק את לימודי 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 בהוראת 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 מפקיילי 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 האישורים הללו חלה עלי. ידוע לי כי אי המצאת האישורים עלולה לגרום לביטול לימודי, ובכל מקרה אני אשא במלוא האחריות לכל תוצאה שתיוגרם לי, בעקבות מצב בריאותי אשר לא דווח למכללה, כאמור לעיל. אני מאשר/ת שידוע לי שהמכללה האקדמית בוינגייט עומדת בפני מיזוג שתוצאתו תהיה מכללה אחת - המרכז האקדמי לוינסקי ווינגייט, קמפוס ווינגייט וייתכן כי שם המוסד מעניק התואר ישנה בהתאם. 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 בעיון וכן את ידיעון בתי הספר ללמודי תעודה ולהשתלמויות של המכללה לשנה"ל תשפ"ב ואת הפרטים הקשורים לקורס אליו נרשמתי, והבנתי את תוכנם ואת המשמעות הנובעת 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](http://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:                                               | 1 ויזה<br>2 ישראכרט<br>3 אחר |
| שם המשתלם:                                                | _____                        |
| מס' הכרטיס                                                | _____                        |
| תוקף הכרטיס                                               | _____                        |
| שם בעל הכרטיס                                             | ת.ז. _____                   |
| אפשרויות התשלום (סמן x במקום המתאים):                     |                              |
| דמי רישום:                                                | <input type="checkbox"/>     |
| דמי רישום בלבד (תשלום אחד)                                | <input type="checkbox"/>     |
| שכר לימוד:                                                | <input type="checkbox"/>     |
| תשלום אחד במזומן                                          | <input type="checkbox"/>     |
| בתשלומים, מס' התשלומים המבוקש:                            | <input type="checkbox"/>     |
| (10 תשלומים שווים לכל היותר בתנאי שיש מסגרת אשראי מתאימה) |                              |
| הוראת קבע בכרטיס אשראי עד 7 תשלומים                       | <input type="checkbox"/>     |
| לשימוש המשרד בלבד                                         |                              |
| דמי רישום:                                                | _____                        |
| שכר לימוד:                                                | _____                        |
| סה"כ לחיוב:                                               | _____                        |
| חתימת בעל הכרטיס                                          | _____                        |