

בתי הספר ללימודי תעודה ולהשתלמויות



המרכז האקדמי
לוינסקי-וינגייט
מחקר, חינוך וספורט

מ.ת. זהות/דרכון*	שם משפחה	שם פרטי	מין
טלפון נייד*	טלפון בית	שם משפחה קודם	מיקוד
כתובת מגורים קבועה	דואר אלקטרוני - Email	תאריך לידה אזרחי*	עיר
רח'	מס'	יום	חודש

[illegible]

חבר בקרן השתלמות (למשתלמים בשבתון)

1	הסתדרות המורים
2	ארגון המורים

מסלול פיתוח מקצועי	
1	אופק חדש
2	עוז לתמורה
3	גמולי השתלמות

הסטטוס בשנת שבתון	
1	עובד הוראה
2	מורה בשבתון (כולל חלקי)
3	מורה בחופשה מאושרת
4	מורה בגמלאות
5	אחר. פרט/י

מורה לחינוך גופני **כן** **לא**

לשימוש המשרד בלבד

יש למלא את הטופס משני צדדיו ולשלוח לפקס מס. 09-8639350

sechisht5@wincol.ac.il | sechisht7@wincol.ac.il: או למייל:

טלפון במשרד: 09-8639261/233

המרכז האקדמי לוינסקי-וינגייט קמפוס וינגייט בע"מ (חל"צ)

הנני מתחייב/ת למלא אחר תקנות המרכז ולעמוד בכל החלטותיו במשך תקופת לימודי במרכז, ובקשר לכך הנני מתחייב/ת לשלם במלואם ובמועדם 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 2023.

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 שיהא 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 האשראי 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.

לאחר שקראתי כתב התחייבות זה בעיון ואת הנהלים המופעים 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 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 (עד 6,000 ש"ח או 10% מגובה העסקה, הנמוך מביניהם)

☐ 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)

☐ 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 בישומון קמפוס וינגייט - לפי קוד מוסד 31927

ניתן להוריד טפסים באתר, להחתימם בבנק ולהחזירם 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:	1 ויזה 2 ישראכרט 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:	_____