

טופס הרשמה

אני מעוניין/ת להירשם לקורס חתמים מדופלמים בענף ביטוח חיים מחזור ספטמבר 2011

פרטי הנרשם

שם: _____ משפחה: _____

ת.ז: _____ תאריך לידה: _____

כתובת: _____ מיקוד: _____

טלפון בבית: _____ פקס: _____ נייד: _____

מקום עבודה: _____ תפקיד: _____ טל' בעבודה: _____

השכלה: _____ בתחום: _____

דואר אלקטרוני: _____ @ _____

כיצד נודע לי על הקורס: _____

עלות הקורס:

דמי רישום	500	חתמים רפואיים מדופלמים
שכר לימוד	11,000	
סה"כ	11,500	

הצהרה והתחייבות:

אני מצהיר/ה כי כל הפרטים שמסרתי נכונים ומחייבים וכן הנני מתחייב למפורט בסעיפים הבאים:

- בתוך שבוע ימים מיום ההודעה על מועד פתיחת הקורס אני מתחייב/ת להעביר את מלוא התשלום עבור הקורס, בהתאם למפורט לעיל.
- ידוע לי כי דמי ההרשמה אינם מוחזרים בכל מקרה.
- ידוע לי כי מנהלי הקורס זכאים להפסיק את לימודי, בגין אי תשלום שכר הלימוד כולו, או חלקו במועד.
- עלי להודיע בכתב על ביטול הרשמה או הפסקת לימודים, ולודא קבלת המכתב. תאריך קבלת המכתב מהווה תאריך הביטול או הפסקת הלימודים התקף.
- ידוע לי שפתיחת הקורס מותנית במס משתתפים מינימאלי
- כמו כן ידועים לי תנאי הביטול כפי שמפורטים בטבלה שדלהלן:

זמן ביטול הלימודים בהודעה בכתב	גובה חיוב שכר הלימוד בנוסף לדמי הרישום
עד חודש לפני מועד תחילת הלימודים	החזר מלא
עד שבועיים לפני מועד תחילת הלימודים	20% שכ"ל
שבוע לפני תחילת הלימודים	30% שכ"ל
לאחר השיעור הראשון	70% שכ"ל
לאחר תום החודש הראשון	שכ"ל מלא

- לא ניתן להעביר את זכות הלימודים לאדם אחר, ללא הסכמה מפורשת ובכתב של הנהלת הקורס
- למנהלי הקורס קיימת הזכות להפסיק את לימודי במקרה של התנהגות לא נאותה, או הפרעה למהלך הלימודים התקין.

 תאריך: _____
 חתימה x _____
במקרה של גורם מממן
כתב התחייבות למימון שכר לימוד

פרטי המתחייב (הגורם המממן)

הננו מתחייבים להעביר למרכז האוניברסיטאי סך של: _____ ש"ח כולל דמי רישום
 עבור השתתפותו של: _____ ת.ז. _____
 בקורס חתמים מדופלמים מחזור קיץ 2011

שם המתחייב: _____ תפקיד _____
 טלפון של המתחייב: _____ דואר אלקטרוני של המתחייב: _____

תאריך _____ חתימה וחותמת _____

להחזיר חתום לפקס 03-7448166 או לאימייל הרשום מטה עם העתק לפקס: 09-9513732 או לאימייל

zeec@inrec.co.il