**קביעת תוכנית טיפול שיקומית אתגר יומיומי**

טופס הרשמה

1. **פרטי הנרשם:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם משפחה שם פרטי מספר זהות מין

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

רחוב [מען למכתבים ] מספר יישוב מיקוד

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

טלפון בית טלפון נייד טלפון נוסף

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail

1. **פרטי תכנית הלימודים:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **שם הקורס** | **מיקום** | **מועד תחילת הקורס** | **עלות הקורס** |
| קביעת תוכנית טיפול שיקומית | פקולטה לרפואת שיניים | 26/12/2018 | 100 ₪ |

**סמן- חבר הפקולטה לרפואת שייניים כן/ לא**

1. **אופן התשלום:**

🞏 תשלום בכרטיס אשראי (ויזה\דיינרס\אמריקן אקספרס\ישראכרט)

| | | | | | | | | | | | | | | | | תוקף | | |

מספר הכרטיס חודש ושנה

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם בעל הכרטיס קשר לנרשם מס' זהות בעל הכרטיס מס' טלפון בעל הכרטיס

🞏 תשלום בבנק הדואר – באמצעות שובר דואר או הפקדה ישירה בבנק הדואר לחשבון מכון מגיד מספר 3132181.

🞏 העברה בנקאית לחשבון מכון מגיד- בבנק דיסקונט 11 מס חשבון: 1805101 סניף: 331 – כנפי נשרים.

* **יש להקפיד להעביר אסמכתא לאחר ביצוע ההעברה**- ללא אסמכתא לא תאושר ההשתתפות

1. **הצהרה והתחייבות:**

הריני מתחייב לשלם את מלוא עלות תכנית הלימודים אליה נרשמתי.

ידועות לי ההוראות באשר לביטול הרשמה לתכנית הלימודים.

שכר הלימוד יוחזר לי במלואו רק במקרה של ביטול תכנית הלימודים, מכל סיבה שהיא על-ידי מכון מגיד ללימודי המשך והפקולטה לרפואת שיניים של האוניברסיטה העברית בירושלים .

תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימת הנרשם : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **נהלי הרשמה ותשלום**:

ביטול הרשמה יוגש בכתב בלבד למאיה שמואל משרד הדיקן, רכזת לימודי המשך בפקולטה לרפואת שיניים במייל  [mayam@savion.huji.ac.ill](mailto:mayam@savion.huji.ac.il)

על המבטל חלה האחריות לוודא כי הודעתו על ביטול ההרשמה נתקבלה, הודעה **טלפונית** לא תחשב כהודעה רשמית.

המועד הקובע לביטול ההרשמה הינו מועד קבלת הבקשה במשרד הדיקן .

**החזר שכר לימוד**

כמפורט בטבלה להלן :

|  |  |
| --- | --- |
| **החזר שכר לימוד** | **מועד ביטול השתתפות** |
| החזר מלא של שכר הלימוד | עד שבועיים לפני פתיחת הקורס |
| החזר 90% משכר הלימוד | משבועיים לפני ועד יום פתיחת הקורס |
| אין החזר שכר לימוד | מיום פתיחת הקורס |

\* על אף האמור לעיל הנך זכאי/ת לבטל את העסקה עד 14 יום מיום ביצוע הרישום לתכנית או מיום קבלת אישור הרשמה זה, לפי המאוחר, בשיעור דמי הביטול שהם 5% מערך הקורס או 100 ₪, הנמוך מבין השניים.

לתשומת ליבך, במקרה של הודעת ביטול השתתפות לאחר שהחל הקורס תהיה חייב לשלם גם את החלק היחסי / המלא ממחיר הקורס.

**אי פתיחת קורס/תכנית לימודים**

מכון מגיד ללימודי המשך והפקולטה לרפואת שיניים שומרים לעצמם את הזכות, שלא לפתוח קורס/תכנית לימודים  עקב מיעוט נרשמים,

או מכל סיבה אחרת. במקרים כאלה יוחזר לנרשם מלוא שכר הלימוד אשר שולמו.

**לתשומת לבך**

1. על הנרשם לוודא עם משרד הדיקן בפקולטה לרפואת שיניים קבלת מכתב, טופס רישום, או כל דבר אחר שנשלח.
2. יש לשמור עותק מכל מכתב הנשלח בדואר או בפקס, וכן את אישור המשלוח.

מכון מגיד ללימודי המשך והפקולטה לרפואת שיניים של האוניברסיטה העברית והדסה לא יתחשבו בטענה שמכתב כלשהו נשלח בדואר

או בפקס ולא הגיע, אלא בצירוף המסמכים הרלבנטיים .

מסמך זה מנוסח בלשון זכר אולם מיועד לנשים וגברים כאחד.