

קרן השתלמות למורים בביה"ס העל-יסודיים  
במכללות וסמינרים בע"מ

הבנק הבינלאומי הראשון לישראל בע"מ  
מנהל העסקים של הקרן

(ארגון)

**הרשאה לחיוב חשבון בהוצאות שכר לימוד**

לכבוד

קרן השתלמות למורים בביה"ס העל-יסודיים במכללות וסמינרים בע"מ  
ע"י הבנק הבינלאומי הראשון לישראל בע"מ מנהל העסקים של הקרן  
רח' קיבוץ גלויות 34 תל אביב 66550

א.ג.נ.,

הואיל ואושר לי לצאת בשנת הלימודים תשפ"א לשנת השתלמות.  
והואיל והודעתי לכם כי אני משתלם/ת ביחידה לפיתוח מקצועי אוניברסיטת בר אילן  
(שם מוסד הלימודים)

קוד מוסד הלימודים: 200 (להלן: "מוסד הלימודים").  
(כמצויין במדריך למשתלם)

והואיל ואני מבקש/ת כי תעבירו את שכר הלימוד ישירות למוסד הלימודים הנ"ל:  
אי לכך אני מתחייב/ת מסכים/ה כדלקמן:

1. אני הח"מ \_\_\_\_\_ הגר/ה ב \_\_\_\_\_  
(שם משפחה ושם פרטי) (רחוב/מספר בית /ישוב) -

מס' תעודת זהות \_\_\_\_\_ נותן/ת לכם בזה הרשאה לחייב חשבוני אצלכם  
(כמצויין בתלוש השכר)

עבור שכ"ל במוסד הנ"ל, בסכום שלא יעלה על ערך שעת לימוד אוניברסיטאית לכל שעת לימודים  
שבועית אשר אושרה לי, במועדים שיהיו נקובים ברשימות החיובים שיומצאו לכם מידי פעם ע"י  
מוסד הלימודים ופרטי יהיו נקובים בהם.

2. הנני מוותר/ת על קבלת הודעת חיוב מכס בגין חיובים אלה.

3. אתם תפעלו בהתאם להוראות הנ"ל כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.

4. הוראה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה ממני בכתב על גבי טופס ביטול הרשאה לחיוב חשבון  
בהוצאות שכר לימוד הנמצא במוסד הלימודים ובקרן ההשתלמות ברח' קיבוץ גלויות 34  
תל אביב 66550.

5. הנני משחרר/ת אתכם מכל אחריות בעד נזק, הפסד, הוצאות וכו' העלולים להגרם עקב אי מלוי  
הוראות אלה מכל סיבה שהיא.

6. הריני מתחייב/ת לבקש אישור מזכירות קרן ההשתלמות בה אני עמית/ה, לפני כל שינוי  
בתוכנית הלימודים שאושרה לי, או שינוי במוסד הלימודים.

חתימת המשתלם/ת

ת א ר י ך

אישור המוסד

הננו מאשרים כי מר/גב' \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ חתם בפנינו על  
טופס הרשאה זה לאחר שזיהינו ואמתנו את הפרטים האישיים הכלולים בטופס.

תפקיד מנהל היחידה לפיתוח מקצועי אוני' בר אילן

שם המאשר חיים מרציאנו

חתימה וחותמת המוסד



תאריך: \_\_\_\_\_

**למורים בשבתון מטעם ארגון המורים**

נא מלאו טופס זה, חיתמו והחזירו אלינו.

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_  
 ת"ז: \_\_\_\_\_  
 כתובת: \_\_\_\_\_  
 טלפון: \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_

להלן הקורסים אליהם נרשמתי באוניברסיטת בר אילן, היחידה לפיתוח מקצועי, תואם את התכנית שמסרתי בקרן השתלמות:

שם הקורס	יום בשבוע	משעה עד שעה	שעות שבועיות	מרצה
סה"כ				

- אני מאשר/ת כי ידוע לי שבקורסים בהם שכר הלימוד המשולם על ידי קרן ההשתלמות אינו מכסה את העלות הכוללת של הקורס יהיה עלי להשלים את ההפרש.
- אני מאשר/ת כי ידוע לי שעל כל שינוי שארצה לעשות בתכנית הלימודים עלי לקבל אישור בכתב מהיחידה לפיתוח מקצועי.
- אני מאשר/ת שידוע לי שביטול קורס בקרן ההשתלמות ללא אישור מהיחידה לפיתוח מקצועי יחייב אותי בתשלום שכר לימוד מלא (כפי שמופיע באתר) על חשבוני.

הנני מאשר/ת בחתימתי את הרשימה הנ"ל ואת הסכמתי.

חתימה: \_\_\_\_\_