

# למורי ארגון המורים

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

קוד מוסד 200

א.ג.נ.,

הואיל ואושר לי לצאת בשנת הלימודים תשס"ט \_\_\_\_\_ לשנת השתלמות.  
והואיל והודעתי לכם כי אני משתלם/ת ב \_\_\_\_\_  
(שם מוסד הלימודים)  
קוד מוסד הלימודים \_\_\_\_\_ (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 לחיוב 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.

שם המאשר \_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_

חתימה וחותמת המוסד \_\_\_\_\_

# למורי ארגון המורים

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 להשתלמות ולהדרכה, תואם את התכנית שמסרתי בקרן השתלמות:

שם הקורס	יום בשבוע	משעה עד שעה	שעות שבועיות	מריצה

סה"כ

הנני מאשר/ות בחתימתי את הרשימה הנ"ל.

חתימה: \_\_\_\_\_