



## טופס הרשמה – המרכז ללימודי ירושלים

טלפון : 5664144, פקס : 5666620

פרטי המשתתף/ת:

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_  
כתובת: \_\_\_\_\_ מיקוד: \_\_\_\_\_ טלפונים: \_\_\_\_\_ בית \_\_\_\_\_  
נייד \_\_\_\_\_ כתובת דוא"ל: \_\_\_\_\_ מאשר קבלת דוא"ל כן / לא

| שם הקורס | יום | שעה | מחיר הקורס |
|----------|-----|-----|------------|
| 1        |     |     |            |
| 2        |     |     |            |
| 3        |     |     |            |

### הצהרת המשתתף/ת:

- אין ביטולים ו/או החזר כספי לאחר תחילת הקורס.
- התשלום עבור הקורס אינו כולל כניסה לאתרים ואבטחה בסיורים.
- התוכנית נתונה לשינויים קלים, הודעה בהתאם תועבר מראש.
- הנהלת המרכז שומרת לעצמה את הזכות לבצע שינויים במועדי הקורסים ו/או לסגור קורס שאין הצדקה לקיומו.

הצהרת בריאות: המשתתף/ת מצהיר/ה בזאת כי מצב בריאותו/ה מאפשר השתתפות בפעילויות הגופניות.

הנני מאשר/ת בזאת כי קראתי את נהלי הרישום והביטול המצ"ב ומתחייב לתוכנם.

שם מלא: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

לשימוש המשרד:  
הנ"ל משלם באמצעות:

מזומן / צ'ק מזומן

הוראת קבע (עד 4 תשלומים) (יש למלא טופס הרשאה במשרד)

כרטיס אשראי (עד 4 תשלומים) סוג כרטיס: ויזה / ישראלכרט / מאסטרקארד / אמריקן אקספרס / אחר \_\_\_\_\_

מספר כרטיס: \_\_\_\_\_ תוקף: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

שם המזכירה / קולט הטופס: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_