

**הנדון: כתב התחייבות לתשלום שכר לימוד עבור תכנית לימודים בבית הספר לסייעוד****חלק א' – פרטים אישיים**

אני \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_  
 כתובת \_\_\_\_\_ טל' סלולארי \_\_\_\_\_  
 טל' נוסף \_\_\_\_\_ כתובת דוא"ל \_\_\_\_\_  
 לומד/ת בתכנית \_\_\_\_\_ מועד פתיחה \_\_\_\_\_ מועד סיום \_\_\_\_\_

**חלק ב' – מהות התחייבות**

אני מצהיר/ה ומתחייב/ת בזאת כדלהלן:

1. שכר הלימוד בו אני מתחייב/ת לעמוד הוא בגובה של \_\_\_\_\_ ש"ח
2. ידוע לי שאני מחויב לשלם שכר לימוד כפי שאדרש בהתאם לכללי משרד הבריאות ותקנון בית הספר לסייעוד.
3. ידועים לי הכללים והתנאים לתשלום שכר הלימוד בתכנית בה אני משתתף ואני מתחייב/ת לנהוג על פיהם.
4. ידוע לי שחתימתי על גבי הטופס מהווה התחייבות מצדי לתשלום שכר לימוד כפי שאדרש.
5. ידוע לי כי במידה ויופסקו לימודי, תהא הסיבה לכך אשר תהא, ייגבה ממני שכר הלימוד באופן יחסי בהתאם לתאריך בו הודיע לי בית הספר על הפסקת לימודי או לחילופין המועד בו התקבל מכתב בחתימתי המודיע למנהלת בית הספר על החלטתי להפסיק לימודים.
6. ידוע לי שלא אהיה זכאי לכל אישור או תעודה כול עוד לא השלמתי שכר לימוד כנדרש.
7. ידוע לי שאם לא אשלם את שכר הלימוד כפי שאדרש אהיה מחויב גם בריבית והצמדה למדד, כנהוג במשרד.
8. ידוע לי שאם לא אעמוד בתנאים ובכללים הנדרשים לתשלום שכר הלימוד, רשאי בית הספר להפסיק לימודי לאלתר, ללא התראה נוספת.

חתימת הסטודנט \_\_\_\_\_ תאריך החתימה \_\_\_\_\_



**המרכז הרפואי  
הלל יפה**

ב"רס האקדמי לסייעוד ע"ש פט מתוס  
התוכנית הכללית הנוג לסייעוד  
אנכירסטית תל-אביב

Pat Matthews Academic School of Nursing  
Hillel Yaffe Medical Center, Hadera, Israel  
P.O.BOX 169, HADERA 38100, ISRAEL | Tel. +972-4-6304367/8 | FAX. +972-4-6304730 | 04-6304730



בית הספר האקדמי לסייעוד ע"ש פט מתוס  
המרכז הרפואי הלל יפה חדרה  
ת.ד. 169, חדרה 38100 | טל. 04-6304367/8 | פקס. 04-6304730 | 04-6304730  
<http://hy.health.gov.il>