

בקשת הרשמה, החלפה או ביטול לעבודה סמינריונית
 (הקפד למלא את כל הפרטים המבוקשים. מילוי חלקי או שגוי יגרום לעיכוב בקליטת הבקשה)

א. פרטי הסטודנט

מספר הזהות (9 ספרות)	שם המשפחה	השם הפרטי

ב. פרטי הבקשה (סמן X במקום המתאים)

לתשומת לב: קרא היטב את ההנחיות המתאימות בחומר הרשמה. אם בקשתך כרוכה בתשלום, נא מלא את סעיף ג להלן.

הרשמה לעבודה סמינריונית בקורס: _____ שמספרו: _____

החלפת הרשמה לעבודה סמינריונית

מעבודה סמינריונית בקורס: _____ שמספרו: _____

לעבודה סמינריונית בקורס: _____ שמספרו: _____

ביטול הרשמה לעבודה סמינריונית בקורס: _____ שמספרו: _____

ג. פרטי התשלום (סמן X במקום המתאים)

תשלום בנכס הדואר באמצעות הפקדה לחשבון מס' **22569567**, יש לצרף לטופס זה צילום של הקבלה, ולציין עליה בבירור את השם ומספר הזהות.

תשלום באמצעות כרטיס אשראי

א. מידע כללי

באחריותך לעדכן את פרטי כרטיס האשראי באמצעות מערכת שאילתא. העדכון הינו לגבי הרשאה קבועה חדשה או הרשאה קבועה קיימת, עדכון גמר תוקף, עדכון פרטי כרטיס האשראי או ביטול כרטיס האשראי.

ב. אופן החיוב

אבקש לחייב את כרטיס האשראי שאת פרטיו מסרתי לאוניברסיטה הפתוחה באופן החיוב המפורט להלן: (סמן X)

בתשלום אחד

בתשלומים בהסדר קרדיט, ציין מספר תשלומים מבוקש ←

למשלמים בויה קרדיט ובדיינרס קרדיט – אם לא יצויין מספר התשלומים, הגבייה תבוצע ב-3 תשלומים.

למשלמים בישראל קרדיט ובאמריקן אקספרס קרדיט – אם לא יצויין מספר התשלומים, מספר התשלומים יקבע ע"י חברת האשראי.

בתשלומים כמפורט בהנחיות הרשמה.

תאריך: _____ חתימת הסטודנט: _____

ל ש י מ ו ש ה מ ש ר ז		
<input type="checkbox"/> הרשמה לעבודה סמינריונית תאריך קבלת הבקשה: _____ דמי טיפול ועלויות <input type="checkbox"/> אי חיוב כספי <input type="checkbox"/> חיוב דמי טיפול ועלויות <input type="checkbox"/> לפי תקופה 1 <input type="checkbox"/> לפי תקופה 2	<input type="checkbox"/> החלפת הרשמה לעבודה סמינריונית תאריך קבלת הבקשה: _____ דמי טיפול ועלויות <input type="checkbox"/> אי חיוב כספי <input type="checkbox"/> חיוב דמי טיפול ועלויות <input type="checkbox"/> לפי תקופה 1 <input type="checkbox"/> לפי תקופה 2	<input type="checkbox"/> ביטול הרשמה לעבודה סמינריונית תאריך קבלת הבקשה: _____ דמי טיפול ועלויות <input type="checkbox"/> אי חיוב כספי <input type="checkbox"/> חיוב דמי טיפול ועלויות <input type="checkbox"/> לפי תקופה 1 <input type="checkbox"/> לפי תקופה 2
שם המזין: _____	שם הרכז המטפל: _____	תאריך העברה להזנה: _____
שם המזין: _____	שם הרכז המטפל: _____	תאריך הזנה: _____