



המרכז האקדמי
שערי
מדע
ומשפט



כתב התחייבות ותשלום מקדמה

אני הח"מ (משפחה) _____ (פרטי) _____

ת"ז _____

מצהיר ומאשר כדלקמן:

1. ידוע לי שהמקדמה ע"ח שכר הלימוד למסלול לימודי תואר ראשון במנהל מערכות בריאות במרכז האקדמי שערי מדע ומשפט לשנת הלימודים תש"פ הינה בגובה של 1,000 ₪, ומקוזזת משכר הלימוד.
2. אני מתחייב/ת לשלם את המקדמה עד לתאריך 20.2.2020.
3. ידוע לי כי תשלום המקדמה נועד להבטיח את שמירת מקומי במסלול ללימודי תואר ראשון.
4. ידוע לי כי המקדמה אינה מוחזרת במקרה שאבטל את ההרשמה ו/או לא אממש את הלימודים.

חתימה

תאריך

פרטי כרטיס אשראי:

סוג כרטיס אשראי הקף בעיגול: ויזה / ישראלכרט / מסטר כארד / אמריקן אקספרס

מס' הכרטיס: _____ / _____ / _____ / _____

תוקף כרטיס: _____