



סמינר שכר לימוד
קאמצעות כרטיס אשראי

תאריך: ___/___/___

שם משפחה _____ שם פרטי _____

ת.ז. _____

כתובת _____ מיקוד _____

שולם עבור שכר לימוד לשנת _____

סוג הכרטיס: ויזה אמריקן אקספרס ישראל כרטיס ׀ דיינרס

אופן התשלום:

׀ מספר תשלומים _____ (1-9 תשלומים, תשלום אחרון לא יאוחר מחודש יולי)

לידיעתך, תשלום באשראי נושא דמי טיפול של 1.5% הסכום ייגבה במעמד החיוב

המלצתנו היא לשלם בתשלומים באמצעות הוראת קבע, הוראת הקבע אינה כוללת דמי טיפול, להנחיות לתשלום בהוראת קבע אנא הכנס לתשלומים באמצעות הוראת קבע באתר.

לידיעתך, הסכום שייגבה יהיה בהתאם למופיע במצב החשבון ביום הגבייה.

׀ במידה והנך מעוניין בתשלום של חלק מהסכום נא לציין את הסכום _____ ש.

׀ במידה והנך מעוניין לשלם את מלוא יתרת שכר הלימוד נא לציין את הסכום _____ ש.

פרטי כרטיס האשראי

מס' הכרטיס: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

תוקף הכרטיס: | | | | | | | | | |

שם בעל הכרטיס: _____

ת.ז. בעל הכרטיס : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

טלפון: _____

חתימת בעל הכרטיס _____

ניתן לסרוק הטופס ולשלוח למייל של שכר לימוד:

scharlimud_skb@smkb.ac.il

או להחזיר לפקס מס' 03-6903168 (הפקס מגיע למייל של שכר לימוד, אין צורך לוודא הגעת הפקס).

או להחזיר בדואר לכתובת: סמינר הקיבוצים, דרך נמיר 149 ת"א, 6250769, מחלקת שכר לימוד לברורים ניתן לפנות במייל למדור שכר לימוד.