

טופס רישום להשתלמות / יום עיון

לכבוד

המרכז לספריות וספרות בישראל,
טל' 03-6180151

אני מבקש/ת להירשם להשתלמות / יום עיון הבא: (אנא הקפד/י למלא את כל הפרטים כנדרש ובכתב ברור)

שם הפעילות _____
מועדי הפעילות _____ מקום קיום הפעילות _____
הפרטים האישיים שלי:
שם משפחה _____ שם פרטי _____ ת.ז. _____ (חובה - נא להקפיד למלא 9 ספרות) □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
מקום עבודה / שם הספרייה _____ טלפון בספרייה _____ טלפון בבית _____
טלפון נייד (חובה) _____ e-mail (חובה) _____ (בכתב ברור)

לביצוע ההזמנה יש למלא את הפרטים שלהלן

ולהחזיר אלינו סרוק במייל courses@icl.org.il או לפקס – 03-6144908

מקור המימון לביצוע ההזמנה (יש לסמן X במקום הרלוונטי):

שם פרטי _____ שם משפחה _____ תפקיד _____ חתימה _____ חותמת _____ תאריך _____
 הרשות המקומית הסכום לתשלום _____ שם הרשות _____ שם מורשה חתימה _____
תפקיד _____ טלפון _____ חתימה _____ חותמת _____
 רצ"ב צ"ק / מזומן ע"ס _____ שם (את החשבון והקבלה לשלוח לכתובת _____)
 מקור מימון אחר (פרט) _____ הסכום לתשלום _____ שם איש הקשר _____
תפקיד _____ טלפון _____ חתימה _____ חותמת _____

תנאי ביטול:

- * על ביטול של פחות מ- 30 ימי עבודה תחייב/י ב- 20% מעלות ההזמנה.
- ** על ביטול של פחות מ- 14 ימי עבודה תחייב/י ב- 40% מעלות ההזמנה.
- *** על כל ביטול של פחות מ- 7 ימי עבודה תחייב/י במלוא התשלום.

חשוב לי להוסיף ש _____