

תאריך: _____

לכבוד

המכללה האקדמית לישראל ברמת גן בע"מ, חל"צ

הנדון: סיוע במימון שכר לימוד ע"י מלגת משרד הבריאות למינהל הסיעוד

בהמשך להתחייבותי כלפי משרד הבריאות במסגרת הסדר מלגות לסטודנטים חדשים (מצורף בזה התחייבותי החתומה), ברצוני להודיעכם כי חלק משכר הלימוד עבור לימודי במכללה בתוכנית לתואר ראשון, ישולם לכם ע"י משרד הבריאות.

בהקשר זה הנני מצהיר/ה ומתחייב/ת כדלקמן:

1. ידוע לי כי האחריות לתשלום **מלוא** שכר הלימוד חלה עלי (החתום מטה).
2. סכום המימון יופחת מהתשלומים השוטפים שלי.
3. כל סכום שלא ישולם בפועל על ידי משרד הבריאות, לרבות הפרשי הצמדה, ישולמו על ידי.
4. בכל מקרה של הפסקת הלימודים על ידי או על ידי המכללה, תהיה המכללה זכאית למסור הודעה על כך למשרד הבריאות ללא אישור מראש של הסטודנט.

תאריך: _____

שם פרטי ומשפחה: _____

מס' תעודת זהות: _____

חתימה: _____