



טופס הרשמה – סיורים חד יומיים

תשפ"ג

שם פרטי ושם משפחה: _____ ת.ז: _____

טלפון: _____ טלפון נייד: _____

דוא"ל (נא לרשום באותיות דפוס גדולות) _____
מסירת פרטי דואר אלקטרוני מהווה הסכמה לקבל חומר עדכני ופרסומי ממכון אבשלום

סה"כ לתשלום	מס' משתתפים	שם הסיור	תאריך
_____	_____	_____	_____
		עלות: _____ ₪	

תשלום בכרטיס אשראי: ויזה, ישראלכרט, דיינרס, אמריקן אקספרס - סמן בעיגול

□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □
---------	---------	---------	---------

בתוקף עד _____ 3-4 ספרות ביקורת בגב הכרטיס _____

שם בעל הכרטיס: _____ מספר זהות _____

נוהל ביטול: במקרה של ביטול, עד 72 שעות לפני הפעילות, יגבו 40 ₪ דמי ביטול לכל נרשם. לאחר מועד זה לא יינתן כל החזר כספי על ביטול מכל סיבה שהיא. מועד הביטול ייקבע לפי תאריך קבלת ההודעה **בכתב** במשרדי המכון.

הצהרות -----

- הריני להצהיר, כי מצב בריאותי מאפשר לי השתתפות בפעילות מכון אבשלום, כולל סיורים וטיולים הדורשים מאמץ גופני. הריני מצהיר כי ההשתתפות בפעילות המכון הינה על אחריותי בלבד.
- הריני מאשר כי קראתי את נוהל ביטול השתתפות בסיורים.

תאריך _____ חתימה _____