

**המכללה האקדמית לחינוך ע"ש קיי בבאר-שבע בע"מ (חל"צ)**

ח.פ. : 511262669 רח' יהודה הלוי 33 ת.ד. 4301 באר-שבע 84536 טל' : 08-6402777 פקס : 08-6413020

שכר מרצים ומדריכים לשנה"ל _____

(קוד השתלמות _____ קוד תקציב (משה"ח) _____)

חודש _____ מיועד ל _____ אושר ע"י _____

שם משפחה ושם פרטי	מס' ת"ז	רחוב	מס' בית	עיר	מיקוד																
מס' טלפון	שנת לידה	בנק	שם הסניף	מס' הסניף	מס' חשבון																
תואר אקדמי	ותק ודרגה אקדמית		תחום ההתמחות האקדמית																		
שם בן/בת זוג			מס' ת"ז של בן/בת זוג																		
תאריך	יום בשבוע	משעה	עד שעה	סה"כ שעות	נושא ההרצאה																
					רכב פרטי		מרחק בק"מ	תחבורה ציבורית													
					למקום	ממקום		בינעירונית		עירונית											
								אג'	ש"ח	אג'	ש"ח										
סה"כ		סה"כ																			

אני מבקש/ת לשלם לי עבור ההדרכה לפי הפרטים לעיל ומצהיר כי הוצאות הנסיעה הנדרשות לעיל לא שולמו לי ולא נדרשו על-ידי משום גוף נוסף.

_____ תאריך _____ שם המרצה _____ חתימת המרצה

אישור מרכז הפעולה
לאחר בדיקת הפרטים הנני מאשר/ת כי פרטי החשבון נכונים ומתאימים לרישומים ביומן, והעובד זכאי לתשלום בעד עבודת ההדרכה הנ"ל.

_____ תאריך _____ שם מרכז הפעולה _____ חתימת מרכז הפעולה

למדור כח אדם ומשכורות: נא לחייב סעיף תקציב _____ מס' הנה"ח _____

_____ תאריך _____ חתימת מנהלת הכספים

אישור נשיאת המכללה _____ תאריך _____ חתימת נשיאת המכללה