

إقرار سداد المقابل المالي لبرامج الدبلوم العالي (الكليات الصحية)

الاسم:	رقم الهوية:	
الكلية:	القسم:	
مسمى البرنامج:		
أقر أنا بالعلم بأن قبولي في البرنامج المشار إليه أعلاه يتطلب دفع مقابل مالي، وأن أتعهد بسداد المقابل المالي المقرر وفقاً للأقساط المحددة وذلك قبل بداية كل فصل دراسي وخلاف ذلك يحق لعمادة الدراسات العليا إلغاء قبولي أو طي قيدي من البرنامج، كما أقر بأنني اطّلت ووافقت على سياسة استرداد المقابل المالي، وكذلك تكلفة الفصول الإضافية، وتكلفة دراسة المقررات التكميلية (إن وجدت)، والموضحة في هذا النموذج، وأتعهد بالالتزام بها.		
تكلفة البرنامج (٢٨٠٠٠ ريال) يتم توزيعها على عدد أقساط متساوية وفقاً للحد الأدنى لمدة الحصول على درجة الدبلوم العالي		
سياسة استرداد المقابل المالي يتم استرداد المقابل المالي - وفقاً للتقويم الجامعي المعتمد - كما يلي: (١) يُسترد المقابل المالي قبل نهاية الأسبوع الثاني من بدء الفصل الدراسي. (٢) يُسترد ٧٠% من المقابل المالي في حال الاعتذار أو الانسحاب بعد نهاية الأسبوع الثاني وحتى نهاية الأسبوع الخامس من بدء الفصل الدراسي. (٣) لا يُسترد المقابل المالي بعد نهاية الأسبوع الخامس من بدء الفصل الدراسي. • في حال تأخر الطالب/الطالبة عن الحد الأدنى للمدة النظامية للبرنامج تحسب تكلفة إضافية عن كل فصل دراسي إضافي ٣٠٠٠ ريال • جميع المبالغ المذكورة أعلاه غير شاملة ضريبة القيمة المضافة الاسم: التوقيع: التاريخ:		
وحدة القبول: الرقم الجامعي للطالب: موظف وحدة القبول: التوقيع: التاريخ:		
○ يحفظ أصل الإقرار في ملف الطالب		