



ΑΙΤΗΣΗ ΕΙΣΔΟΧΗΣ



ΟΔΗΓΙΕΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ

- ❖ Για την εξέταση της αίτησης απαιτείται η συμπλήρωση όλων των στοιχείων, φωτοαντίγραφο της πολιτικής ταυτότητας και αντίγραφο απολυτηρίου μέσης εκπαίδευσης.
- ❖ Για την αξιολόγηση της αίτησης με σκοπό την έγκριση απαλλαγής από συγκεκριμένο/να μάθημα/τα πρέπει **απαραίτητα** να συμπληρωθούν τα μέρη Γ & Δ και να επισυναφθούν όλα τα σχετικά πιστοποιητικά που αφορούν ακαδημαϊκά και επαγγελματικά προσόντα. Για τους κατόχους πρώτου πτυχίου ή/και μεταπτυχιακού είναι απαραίτητο να επισυνάπτεται η αναλυτική βαθμολογία.
- ❖ Οι όροι και οι προϋποθέσεις των απαλλαγών εξαρτώνται κατά περίπτωση. Για κάθε αίτηση λαμβάνεται ειδική απόφαση.
- ❖ Για την επικύρωση των εγκεκριμένων απαλλαγών απαιτείται η καταβολή του προκαθορισμένου ποσού για κάθε μάθημα, η καταβολή του τέλους εισδοχής και η εγγραφή σε τουλάχιστον ένα μάθημα. Το τέλος εισδοχής καταβάλλεται κατά την εγγραφή μαθημάτων και όχι κατά την υποβολή της παρούσας αίτησης.
- ❖ Για την εγγραφή στα μαθήματα συμπληρώνεται το Έντυπο Εγγραφής Μαθημάτων.

Συμπληρώστε την Αίτηση με **Κεφαλαία** γράμματα

Επώνυμο	<input type="text"/>	Όνομα	<input type="text"/>
Επώνυμο (με λατινικούς χαρακτήρες)	<input type="text"/>	Όνομα (με λατινικούς χαρακτήρες)	<input type="text"/>
Αρ. Ταυτότητας	<input type="text"/>		

Α. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

Τετράμηνο για το οποίο υποβάλλετε αίτηση:

Φθινοπωρινό (Fall)

Έτος

Εαρινό (Spring)

Έτος

Υποβάλλετε Αίτηση για:

ABA Diploma - General Banking

ICBC - Bank Financial Management Diploma

Β. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Διεύθυνση Οικίας

--	--	--

Οδός /Ταχ. Θυρίδα

Αρ. Οικίας

Αρ. Διαμ.

--	--	--

Περιοχή

Πόλη

Ταχ. Κώδικας

Διεύθυνση Αλληλογραφίας

(εάν διαφέρει από την πιο πάνω)

--	--	--

Οδός /Ταχ. Θυρίδα

Αρ. Οικίας

Αρ. Διαμ.

--	--	--

Περιοχή

Πόλη

Ταχ. Κώδικας

Τηλ. Εργασίας

Τηλ. Οικίας

Κινητό Τηλ.

E-mail

Φύλο: Θήλυ

Άρρεν

Ημερ. Γέννησης:

Εργοδότης

Θέση

Ημερ. Πρόσληψης:

Γ. ΑΚΑΔΗΜΑΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ

Σχολή Μέσης Εκπαίδευσης

Βαθμός Απολυτηρίου

Κλάδος Σπουδών	Εκπαιδευτικό ίδρυμα	Επίπεδο σπουδών	Πόλη/Χώρα

Δ. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ

Θέση

Όνομα επιχείρησης

Τοποθεσία

Όνομα Υπεύθυνου

ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα πιο πάνω στοιχεία είναι απόλυτα αληθή και ότι δεν έχω παραποιήσει ή παραστήσει με ανακρίβεια οποιοδήποτε στοιχείο ή πιστοποιητικό υποβάλω με την παρούσα αίτηση. Συμφωνώ επίσης ότι με την εγγραφή μου στο IBS Cyprus Ltd, αναλαμβάνω να τηρώ τον κανονισμό σπουδών και τους κανονισμούς λειτουργίας του Ινστιτούτου.

Περαιτέρω με την παρούσα αίτηση δηλώνω ότι γνωρίζω τις πρόνοιες του περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου), [Νόμος 138 (1) /2001] και παρέχω ρητή και ανεπιφύλακτη και/ ή ανέκκλητη συγκατάθεση μου και εξουσιοδοτώ το Ινστιτούτο Private Institute IBS Cyprus Ltd, να τηρεί σε ηλεκτρονική ή σε οποιαδήποτε άλλη μορφή, ένα ή περισσότερα αρχεία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, κατά την έννοια και εφαρμογή του Νόμου, και τα οποία αρχεία, με αφορούν και έχουν δηλωθεί ή πρόκειται να δηλωθούν. Τα αρχεία αυτά δυνατό να κοινοποιούνται και να τηρούνται στο ICBS A.E. Ελλάδος και/ ή στο ABA Αμερικής.

Επίσης αμετάκλητα συγκατατίθεμαι όπως το IBS Cyprus Ltd δύναται να επικοινωνεί μαζί μου με οποιασδήποτε μορφής επικοινωνίας.

Τέλος, κατανοώ και αποδέχομαι ότι, για να διατηρώ την εγκυρότητα του επαγγελματικού Διπλώματος Τραπεζικής ABA που θα αποκτήσω θα πρέπει υποχρεωτικά να συμμετέχω στο πρόγραμμα σεμιναρίων Δια Βίου Μάθησης - CPD του ABA.

Υπογραφή Αιτητή/τριας: _____ Ημερομηνία: ____/____/____

ΓΙΑ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΧΡΗΣΗ

ΔΙΠΛΩΜΑ ΓΕΝΙΚΗΣ ΤΡΑΠΕΖΙΚΗΣ

Μάθημα	Credits	
Οικονομικά (BG102)	3	<input type="checkbox"/>
Γενική Λογιστική (BG103)	3	<input type="checkbox"/>
Μάρκετινγκ (BG533)	3	<input type="checkbox"/>
Αρ. διδακτικών μονάδων (credits) που μεταφέρονται	<input type="checkbox"/>	Αριθμός μαθημάτων <input type="checkbox"/>
Υπογραφή Δ/ντή Προγράμματος _____		Ημερομηνία ____/____/____

Για την υποβολή των αιτήσεων, παρακαλούμε όπως απευθύνεστε:

Κεντρικά Γραφεία IBS Cyprus, Κωστάκη Παντελίδη 3, 4^{ος} Όροφος, 2057 Λευκωσία
Τ.Κ. 25331, 1308 Λευκωσία
Τηλ.: 22459090, Φαξ: 22664910

Private Institute IBS Cyprus

Κεντρικά Γραφεία: Κωστάκη Παντελίδη 3, 4ος Όροφος, 2057 Λευκωσία

Τ.Κ. 25331, 1308 Λευκωσία

Τηλ.: 22459090, Φαξ: 22664910, Email: info@ibscyprus.com.cy, website: www.ibscyprus.com.cy