משרד החקלאות ופיתוח הכפר
שירות ההדרכה והמקצוע
אגף ענפי שירות - תחום הגנת הצומח

הזמנה לקורס

הגנת הצומח בקנאביס רפואי

קיץ 2019

הקורס מיועד למגדלים, לפקחים, למדריכים
ולכל המעוניינים להרחיב ולבסס את ידיעותיהם בתחום.

נושאי הלימוד העיקריים

- מבואות למזיקים ולמחלות
- הכרת המזיקים בקנביס
- הכרת המחלות בקנביס
- עקרונות ההדברה המשולבת
- אמצעים ביולוגיים, אגרוטכניים וכימיים להדברת פגעים בקנביס
- מעבדה להכרת מזיקים ואויבים טבעיים

מועדי הקורס ומיקומו

הקורס ייערך בקריה החקלאית בבית דגן, ויכלול שלושה מפגשים: בימי שני, בתאריכים: 29/7/19, 5/8/19, 12/8/19;
בין השעות 08:30-17:00.

עלות הקורס

מחיר הקורס לנרשמים עד לתאריך 14.7.19 הוא 450 ₪.
מתאריך 15.7.19 תהיה העלות בגין רישום מאוחר 550 ₪.
התשלום כולל ארוחות צהריים וכיבוד קל.

פתיחת הקורס מותנית בהרשמה של 20 משתתפים לפחות.
לנרשמים בלבד תישלח הודעה במקרה של ביטול הקורס.

אופן ההרשמה

המעוניינים להירשם לקורס מתבקשים למלא את הספח שלהלן ולשלוח אותו לפקס 03-9485881.

משלוח הספח ללא ציון אמצעי התשלום אינו מהווה אסמכתא לרישום.

דמי ההשתתפות ישולמו כלהלן:

1. באמצעות כרטיס אשראי בלבד למחלקה לכספים, טל': 03-9485342.
2. משלוח המחאה במזומן בדואר רשום או כל אמצעי תשלום אחר בתיאום עם יוסי יוסף, טל': 03-9485330.

חשוב!

למשלמים בהמחאה - הסכום לתשלום ייקבע על פי יום משלוח ההמחאה בדואר הרשום.

למשלמים בהתחייבות - ייקבע הסכום לתשלום על פי יום קבלת ההתחייבות במשרדנו.

דמי ביטול

ממועד ביצוע התשלום/ רישום ועד שבוע מיום פתיחת הקורס - 10% מסכום התשלום;

במהלך השבוע האחרון שלפני פתיחת הקורס ייגבו 20% דמי ביטול;

מיום פתיחת הקורס ואילך - 100% דמי ביטול.

לקבלת מידע ופרטים נוספים:

סבטלנה דובריניין, רפרנטית הגנת הצומח,שה"מ; טל': 050-6241632

מירב חג'בי, רכזת הדרכה, שה"מ, טל' נייד: 050-4104139; משרד: 03-9485473;

דוא"ל: meiravh@moag.gov.il

---------- ספח הרשמה ----------

לכבוד: המחלקה לכספים
ת"ד 28 בית-דגן, 5025001
פקס 03-9485881

ברצוני להירשם לקורס "הגנת הצומח בקנאבים רפואי".

את התשלום בסך 450/ 550 ₪ (הקף) ביצעתי באופן הבא (הקף):

1. באמצעות כרטיס אשראי למחלקה לכספים 03-9485330.
2. משלוח המחאה במזומן בדואר רשום או כל אמצעי תשלום אחר בתיאום עם יוסי יוסף, טל': 03-9485330.

שם: _____ פקס: _____

טלפון: _____ טלפון נייד: _____

כתובת: _____ דואר אלקטרוני: _____

אני מאשר/ת שקראתי את התנאים שלעיל ומסכים/ה להם.

תאריך: _____ חתימה: _____