



Stichting SAR-EL Nederland

Passport
Photo

APPLICATION-FORM

Surname: _____ First name(s): _____

Address: _____ Zip code: _____ City: _____

Date of birth: _____ Male/Female _____ Married/Single _____

Place of birth (city + country): _____

Passport no: _____ Valid until: _____ Nationality: _____

Surname + first name of father: _____

Surname + first name of mother: _____

Surname + first name of spouse: _____

Passport no + nationality of spouse: _____

Telephone no home: _____ Telephone no work: _____

In case of emergency: name _____ Telephone no: _____

Work / Activities: _____

Education: _____

References in Holland or Israel:

Name: _____ Address: _____

Tel. no: _____ Relationship: _____

Visited Israel: Yes/No

Speak Hebrew: Yes/No Other languages: _____

Member of congregation: Yes/No Which: _____

Member of club/organisation: Yes/No Which: _____

Do you satisfy the provisions of the Israeli Law of Return: Yes/No If Yes please explain:

Do you prefer to work on a military base or in a hospital: _____

Desired date of departure: _____ Desired date of return: _____

Signed at date: _____ Signature: _____

The undersigned hereby declares himself/herself to be familiar with the conditions of participation in the SAR-EL program as well as the fact that neither Stichting SAR-EL Nederland nor SAR-EL Israel can be made, in any way, liable.

The undersigned declares at the same time that the conditions of participation are part of the agreement and apply to the application.

The undersigned accepts the conditions of participations and declares himself/herself willing to fulfill the conditions.

Also the undersigned shall - at his/her own costs - insure himself/herself against the costs of illness and accidents. The insurance shall cover the whole period of stay including date of departure and date of return to the Netherlands.

Ondergetekende verklaart hierbij de voorwaarden van deelname aan het SAR-EL programma in ontvangst te hebben genomen en hiermee bekend te zijn.

Ondergetekende verklaart tevens dat de Stichting SAR-EL Nederland en SAR-EL Israel op generlei wijze aansprakelijk gesteld kunnen worden voor schades in de ruimste zin des woords.

Ondergetekende verklaart verder dat de voorwaarden van deelname onderdeel van de overeenkomst zijn en van toepassing op de aanvraag.

Ondergetekende accepteert de voorwaarden van deelname en verklaart deze te zullen naleven.

Tevens zal ondergetekende -voor eigen rekening- zorg dragen voor een verzekering tegen de kosten van ziekte en ongevallen. De verzekering zal de gehele verblijfsperiode dekken vanaf vertrekdatum tot en met de datum van terugkeer in Nederland.

Datum: _____

Handtekening: _____

Het volledig ingevulde formulier, samen met de door een arts ingevulde medische verklaring, één pasfoto en een copie van pagina 1 van uw paspoort, en een door u ondertekende verklaring betr. uw ziektekostenverzekering, retourneren aan:

Stichting SAR-EL Nederland
Postbus 74761
1070 BT Amsterdam