

הסמכת CRA - אקטואר סיכוני אשראי
הסמכת "אקטואר סיכוני אשראי" (CRA- Credit Risk Actuary) של לשכת מעריכי השווי והאקטוארים הפיננסיים בישראל (IAVFA) מהווה את הסטנדרט הגבוה והראוי ביותר בקרב אנשי המקצוע בישראל העוסקים בתחום המיפוי, המידול, המדידה וניהול סיכוני אשראי.



טופס בקשה להסמכת ה- CRA

אנא מלא את המידע שלמטה: שמך המלא, תפקידך, החברה שבה אתה עובד וכתובת הדוא"ל שלך בדיוק כפי שאתה רוצה שיופיעו בדף "חברי הלשכה" באתר הלשכה וכן שמך המלא באנגלית (ב- Capital Letters) כפי שאתה רוצה שיופיע בתעודת ההסמכה שלך. בנוסף, יש לצרף חיים ותמונת פספורט עדכניים וצילומים של כל התארים האקדמיים, הרישיונות וההסמכות המקצועיות שהינך מחזיק בהם.

מספר חבר ב- IAVFA: _____

חלק א

שם פרטי ושם משפחה (עברית): _____
שם פרטי ושם משפחה (אנגלית): _____
בעל הסמכות: _____
שם החברה: _____ דוא"ל: _____
אתר האינטרנט של החברה: _____
כתובת: _____
מדינה: _____ עיר: _____ מיקוד: _____
טלפון: _____ נייד: _____ פקס: _____
תפקיד בחברה: _____
תחומי התמחות: _____
חתימת המבקש*: _____ תאריך: _____

*בחתימתך הינך מתיר ללשכת מעריכי השווי והאקטוארים הפיננסיים בישראל (IAVFA) לאמת את הפרטים שציינת ומאפשר ל- IAVFA ליצור עמך קשר בעתיד. IAVFA לא תחשוף או תחלוק את המידע לעיל עם צדדים שלישיים ותשמור על סודיות פרטיך.

חלק ב

אני חבר מן המניין ב- IAVFA:

כן




לא

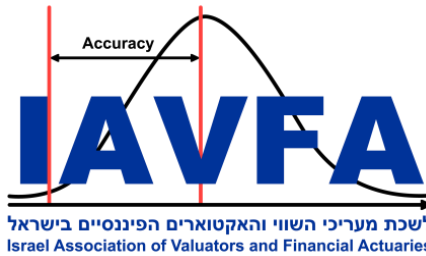
אני מעוניין להגיש בקשת חברות

 WWW.IAVFA.ORG



רחוב נתן ברניצקי 5, ראשון לציון 7524205, ישראל

 077-5070590  153-77-5070590  IAVFA1020@GMAIL.COM



חלק ג

ממליצים:

מהות הקשר (מעסיק/שותף/לקוח): _____ איש הקשר: _____

חברה: _____ תפקיד: _____

כתובת: _____

מדינה: _____ עיר: _____ מיקוד: _____

טלפון: _____ נייד: _____ פקס: _____

מהות הקשר (מעסיק/שותף/לקוח): _____ איש הקשר: _____

חברה: _____ תפקיד: _____

כתובת: _____

מדינה: _____ עיר: _____ מיקוד: _____

טלפון: _____ נייד: _____ פקס: _____

מהות הקשר (מעסיק/שותף/לקוח): _____ איש הקשר: _____

חברה: _____ תפקיד: _____

כתובת: _____

מדינה: _____ עיר: _____ מיקוד: _____

טלפון: _____ נייד: _____ פקס: _____




חלק ד

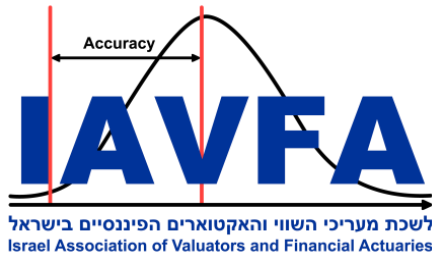
צירפתי קורות חיים ותמונת פספורט עדכניים לבקשה זו.

 WWW.IAVFA.ORG



רחוב נתן ברניצקי 5, ראשון לציון 7524205, ישראל

 077-5070590  153-77-5070590  IAVFA1020@GMAIL.COM



חלק ה

אם הינך בעל אחת מההסמכות השקולות הבאות, אנא השלם חלק זה וצרף את צילומי התעודות המעידות על כלל ההסמכות שהינך מחזיק בהם:

"מנהל סיכונים פיננסיים" (FRM®- Financial Risk Manager) של האיגוד העולמי למומחי סיכונים (GARP- Global Association of Risk Professionals)

"מנהל סיכונים מומחה" (PRM™- Professional Risk Manager) של האיגוד הבינלאומי למנהלי סיכונים מומחים (PRMIA- Professional Risk Managers' International Association)

אני בעל הסמכת _____ מטעם _____
 מספר הסמכה: _____ שנת קבלת ההסמכה: _____
 אני בעל הסמכת _____ מטעם _____
 מספר הסמכה: _____ שנת קבלת ההסמכה: _____
 אני בעל הסמכת _____ מטעם _____
 מספר הסמכה: _____ שנת קבלת ההסמכה: _____

חלק ו

אם יש ברשותך תארים פיננסיים*, אנא השלם חלק זה וצרף את צילומי התעודות המעידות על כלל התארים האקדמיים שהינך מחזיק בהם.




אני בעל תואר (ראשון/שני/שלישי) _____ ב- _____
 עם התמחות ב- _____
 מטעם _____ שנת קבלת התואר: _____
 אני בעל תואר (ראשון/שני/שלישי) _____ ב- _____
 עם התמחות ב- _____
 מטעם _____ שנת קבלת התואר: _____
 אני בעל תואר (ראשון/שני/שלישי) _____ ב- _____
 עם התמחות ב- _____
 מטעם _____ שנת קבלת התואר: _____

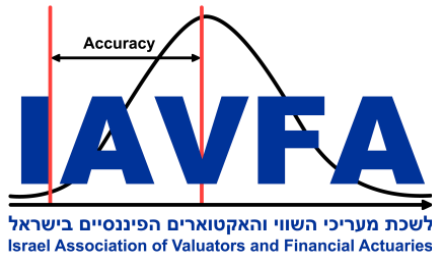
*תואר פיננסי (כגון: כלכלה, מימון, מנהל עסקים, ניהול, חשבונאות, או תחום פיננסי אחר) ראשון/שני/שלישי מאוניברסיטה או ממכללה אקדמית מוכרת.

 WWW.IAVFA.ORG



רחוב נתן ברניצקי 5, ראשון לציון 7524205, ישראל

 077-5070590  153-77-5070590  IAVFA1020@GMAIL.COM



חלק ח

דמי טיפול ודמי הסמכה

דמי הטיפול אינם מוחזרים. עם זאת, במידה ובקשתך לקבלת ההסמכה האמורה לא תאושר על ידי ועדת ההסמכה – תזכה להחזר מלא של דמי ההסמכה.

דמי טיפול 500 ש"ח + מע"מ

דמי הסמכה 2,500 ש"ח + מע"מ



סה"כ לתשלום

חלק ט

תשלום באמצעות העברה בנקאית לבנק הפועלים (12), סניף כצלסון (572), מספר חשבון 489498

בחתימתך על טופס זה, אתה מאשר ל- IAVFA לאמת את המידע הנ"ל באמצעות דואר אלקטרוני או בפקס ולהשתמש בו גם להתקשרויות עתידיות. IAVFA לא תחשוף ו/או תחלוק את המידע הנ"ל עם צדדים שלישיים.

חתימה: _____ תאריך: _____

נא לשלוח את הטופס באמצעות דוא"ל, בפקס או בדואר לכתובת

לשכת מעריכי השווי והאקטוארים הפיננסיים בישראל

כתובת למשלוח דואר: רחוב נתן ברניצקי 5, ראשון לציון 7524205




פקס: 153-77-507-0590

דוא"ל: IAVFA1020@GMAIL.COM

 WWW.IAVFA.ORG



רחוב נתן ברניצקי 5, ראשון לציון 7524205, ישראל

 077-5070590  153-77-5070590  IAVFA1020@GMAIL.COM