

**טופס בקשת הצטרפות לשירות**

מצב משפחתי	תאריך לידה	ז / נ	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	פרטי מנוי ראשי
□ ר □ נ □ ג □ א □						
מייל	נייד	טלפון	מיקוד	יישוב	מס' בית	רחוב

פרטי המצטרפים	ת.ז.	שם מלא	תאריך לידה	ז/נ	קופ"ח	קיים משלים קופ"ח (כן / לא)	רפואה פרטית 2023	נספח רפואה פרטית מורחבת	משלים אמבולטורי VIP	רפואה פרטית בייסיק	רופא עד הבית	לחצן מצוקה (כולל רופא עד הבית)	דנטל+ דנטל גולד (ילדים)	קיד+ ביוטי+ ספורט גולד	מיוחד לסוכנויות
1															
2															
3															
4															
5															
6															

פרטי כ. אשראי	מס'	תוקף	CVV	משלם שונה מהמנוי הראשי?	שם מלא	מס' ת.ז.	כתובת מלאה	מיקוד	טלפון

שובר זה נחתם על ידי בלי לנקוב במס' תשלומים ובסכומיהם, והואיל וניתנה על ידי הרשאה ל"מיי דוקטור" להעביר למנפיק הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שיפורט למנפיקה, הרשאה זו תפקע בהודעה לספק. הריני מאשר כי כל הפרטים אמיתיים ונכונים. בחתימתי על הצטרפות לשירות אני מאשר שקבלתי את כתב המנוי וכן גילוי נאות, כמו כן נמסרה לי הפרמיה החודשית לתשלום ותנאי כתב המנוי

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

אני, הח"מ, מאשר בזאת שוחחתי עם \_\_\_\_\_ ושאלתי אותו את כל השאלות המצורפות לעיל והתשובות הן כפי שנמסר לי אישית ע"י הלקוח. כמו כן, מסרתי לו את כל תנאי כתב המנוי וקיבלתי את הסכמתו המלאה ואישורו לבצע החיוב בכרטיס אשראי כפי שנמסרו לי, אשר פרטיו מופיעים לעיל.

שיחה מסוג:  פגישה / מס' טלפון: \_\_\_\_\_

שם הנציג: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך שיחה: \_\_\_\_\_ שעת שיחה: \_\_\_\_\_ חתימת נציג: \_\_\_\_\_