

## טופס בקשת הצטרפות לשירות MyDoctor

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

מסלולים קופ"ח (כן / לא)	קופ"ח	נ/ז	תאריך לידה	שם מלא	ת.ז.	פרטי המצטרפים
						1
						2
						3
						4
						5
						6

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

שובר זה נחתם על ידי בלי לנקוב במס' תשלומים ובסכומיהם, הואיל 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 השירות וכן גילוי נאות, כמו כן נמסרה לי הפרמיה החודשית לתשלום ותנאי כתב השירות.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

אישור ניכוי מהשכר
<p>לכבוד חברת מטרופולין</p> <p>אני _____ ת.ז. _____</p> <p>מבקש לנכות משכרי בגין פוליסת שיניים (כתב שירות) סך של _____ ₪</p>

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת הסוכן \_\_\_\_\_ חתימת הלקוח \_\_\_\_\_