

בקשת הקפאה

מרכז ספורט _____ תאריך: _____

חלק זה ימולא ע"י הלקוח:

שם משפחה: _____ שם הנרשם: _____ שם ההורה: _____

כתובת: _____ עיר _____ טל': _____

שם החוג: _____ מספר קבלה: _____

סיבת הביטול:

רפואית (יש לצרף מסמכים רפואיים)

מעבר דירה (יש לצרף חוזה דירה)

אחר פרט: _____

חובה לצרף מסמכים המאמתים את נסיבות הבקשה
מימוש ההקפאה עד תאריך 31.10.2017

שם וחתימה: _____

לשימוש המשרד

*** יש לבצע חישוב בסכומים עגולים בלב (ללא אגורות!) ולפי חודשי פעילות מלאים.

עלות החוג: _____ ש"ח דמי רישום: _____ ש"ח שונות: _____ ש"ח

עלות החוג לחודש: _____ ש"ח (ללא דמי רישום ושונות)

תקופת פעילות המשתתף בחוג:

תאריך ההתחלה: _____ תאריך הסיום: _____

זיכוי מתאריך: _____ עד תאריך: _____ סה"כ הזיכוי: _____ ש"ח

שונות: _____ ש"ח

סה"כ להחזר: _____ ש"ח

מנהל המרכז _____ מנהל המחלקה _____

חשבת: _____