טופס רישום לחוגי מבוגרים תשע"ז מרכז "קרית שרת"

שם משפחה_____ שם פרטי_____ ת.ז |_|_|_|_|_|_|_|_|-|_|

זכר / נקבה תאריך לידה ___ / ___ /___ קופת חולים _____

הגעתי למרכז: ☐ **המלצת חבר** ☐ **אינטרנט** ☐ **פרסום: עיתונות/חוברת** ☐ **אחר**_____

הצהרת בריאות:

☐ **הנני מצהיר כי לנרשם אין מגבלות רפואיות** ומסוגל לעמוד במאמץ הדרוש לתחום הפעילות.

☐ יש לנרשם מגבלה רפואית. **הערות בריאות:**_____

**במידה ויש בעיה בריאותית או יחול שינוי במצב הבריאותי, אני מתחייב לדווח ולצרף אישור רפואי.

תאריך: _____ / ___ / ___ * חתימת ראש המשפחה:_____

פרטים נוספים

כתובת: רחוב_____ מס'__ עיר_____ דואר אלקטרוני_____@_____

טלפון: בית_____ - __ נייד _____ - _____

אמצעי תשלום:

מזומן _____ ₪ / **צ'קים** / **כרטיס אשראי**: ☐ויזה ☐ישראכרט ☐אמריקן אקספרס ☐דיינרס

מס' תשלומים_____

לרישום טלפוני בלבד: **ת.ז של בעל הכרטיס** |_|_|_|_|_|_|_|_|-|_|

מס' כרטיס: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **בתוקף** |_|_|/|_|_| **cvv** |_|_|_|

לשימוש המשרד- נא לא למלא: *חתימה לאישור אמצעי תשלום _____

רישום לחוג:

שם החוג: _____ יום: _____ קבוצה: _____ שם המדריך: _____

מתאריך ___ / ___ / ___ עד ___ / ___ / ___ מחיר _____ ₪

הנחה (%) _____ סיבת ההנחה_____ _____ ₪

סה"כ מחיר לאחר הנחה _____ ₪

דמי רישום _____ ₪

שונות _____ ₪

זיכוי חוג / משנה קודמת _____ - ₪

סה"כ לתשלום _____ ₪

ניתן להחזיר ל:
פקס- 03-5567940
מייל- liata@reh.co.il
נא לוודא על קבלת הטפסים בטלפון: 03-6337955

מס' תושב_____ מס' קבלה_____ חתימת המזכירות _____