



בקשה לביטול טיפולים מתוכננים ולהחזר כספי

אני מבקש לבטל את הטיפולים המתוכננים עבורי במסגרת תכנית טיפול מספר _____ וכן להחזיר לי את הסכום היחסי ששילמתי בגין הטיפולים שבוטלו על ידי.

סיבת ביטול (סמן V)

- שינוי בתוכנית טיפול
- בעיה רפואית
- בעיית שירות רפואי
- סיבות אישיות (1)
- בעיית שירות אדמיניסטרטיבי
- בעיה כספית
- אחר (פרט) _____

(1) טס לחו"ל, מתגייס, חרדה, החליט להשהות טיפול, עבר דירה, תחבורה לא נוחה

סיבת הביטול הערות: _____

סכום ההחזר המבוקש _____

אני מאשר כי הובהרה לי משמעות אי המשך ביצוע הטיפול וכי אין ולא תהיינה לי כל טענות, מכל סוג שהוא, נגד הרופא המטפל ו/או מכבידנט בגין הפסקת תכנית הטיפול כמבוקש על ידי.

חתימה _____ שם ומשפחה _____ ת.ז. _____

פרטי חשבון בנק להחזר כספי:

שם הבנק _____, מס' סניף/שם _____
מס' חשבון _____

יש לצרף צילום שיק וצילום תעודה מזהה (ת.ז., רישיון נהיגה, כרטיס אשראי, או כל כרטיס אחר של בעל היתרה) לידיעתך, במידה ולא צורף צילום שיק או כרטיס אשראי, נאותות מספר החשבון אליו מועברים הכספים הינם באחריות הלקוח.

טלפון: _____ בית _____ עבודה _____ נייד: _____
כתובת דוא"ל: _____
לתשומת לב המטופל: פנייתך תיענה בתוך 21 ימי עבודה