

טופס מותאם למילוי במחשב

איך ממלאים את הטופס?

שולחים



שלחו את הטופס בדואר אלקטרוני או בפקס, בהתאם להנחיות המפורטות מטה.

ממלאים



מלאו את הטופס. אם יש צורך בחתימה, מלאו את שמכם וסמנו בתיבת הסימון לצד שמכם.

אל תשכחו לשמור (save)

בטפסים בהם נדרשת חתימה ידנית לא ניתן להתום דרך המחשב. הדפיסו את המסמך וחתמו עליו בעט.

שומרים



הורידו את הקובץ ושמרו אותו על המחשב, באמצעות כפתור Download

הקובץ לא נפתח? יש לפתוח את הקובץ באמצעות הגרסה העדכנית של תוכנת אדובי רידר (Adobe Reader). אם התוכנה אינה מותקנת על המחשב שלכם, [הורידו אותה בחינם מאתר Adobe](#)



אם התוכנה מתריעה שיש להוריד חבילת גופנים (fonts), אשרו והתקינו אותה לפי ההוראות. לא הצלחתם? למידע נוסף על פתיחת קבצי PDF והתקנת תוכנת אדובי רידר <

אנא שימו לב לכך שמידע הנשלח באמצעות דואר אלקטרוני עלול להיחשף בפני גורמים לא רצויים ברשת האינטרנט. בעצם משלוח מידע למכבי שירותי בריאות באמצעות דואר אלקטרוני, הנכם פוטרם את מכבי שירותי בריאות מאחריות לדליפת המידע לגורמים לא רצויים ברשת האינטרנט, וזאת בטרם הגיע המידע אל מכבי שירותי בריאות.



לכבוד: קרן מכבי

הרשאה טלפונית לחיוב באמצעות כרטיסי אשראי

לא יכובדו כרטיסים מסוג: כרטיסי תייר (מלבד חברי תוכנית Welcome), כרטיסי אלקטרון, כרטיס דיירקט, כרטיסים נטענים ודומיהם.
נא מלא/י את טופס ההרשאה במקומות המסומנים. הבוחר/ת באפשרות זו פטור/ה מחתימה על הוראה לחיוב חשבון בנק.
פרטי אשראי:

סוג הכרטיס:			
ישרכארט		ויזה	
אמריקן אקספרס		מאסטרקארד	
דיינרס		אחר: _____	
שם בעל/ת הכרטיס:	ת.ז בעל/ת הכרטיס:	תוקף הכרטיס:	
		שנה:	חודש:
4 ספרות אחרונות בלבד של כרטיס אשראי:			

- א. הוראה זו נחתמה על ידי בלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה על ידי הרשאה למנפיקת כרטיס האשראי באמצעות "קרן מכבי" לגבות חיובים מעת לעת כפי שיפורט למנפיקה.
- ב. ידוע לי כי סכומי החיובים ומועדיהם יקבעו מעת לעת ע"י קרן מכבי ו/או מכבי שירותי בריאות ("מכבי") עפ"י תעריפי הגביה השונים, לרבות אלה הנהוגים במכבי ובתוכניות הביטוח הנוספות, לרבות על פי ההשתתפויות וההיטלים בהם אני חייב על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי (כולל בעת ביקור אצל רופאים, מכונים ובגין תרופות) ועל פי פירוט הסכומים שתקבע מכבי, לרבות חיובים עבור בני משפחה/חברים נוספים לגביהם ניתנה הסכמתי לשלם.
- ג. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק וישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בהוראה זו.
- ד. הרשאה זו תפקע ע"י הודעה בכתב ממוני לחברת האשראי או ל"מכבי" או על פי כל דין ותיכנס לתוקפה יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לחברת כרטיסי האשראי או ל"מכבי".
- ה. ידוע לי כי מכבי שומרת לעצמה את הזכות לשנות את מועדי הגביה, וכי במקרה כזה, תיתכן בעתיד גביה חד פעמית לאחר מתן הודעה מראש, עבור חודשים לצורך התאמת מועדי הגביה לעיבודים החודשיים ב"מכבי".
- ו. בכל מקרה, המועד שבו יבוצעו לטובתי/לחובתי זיכויים/חיובים, על ידי החברה המנפיקה, יקבע בהתאם להסכם שביני לבין החברה המנפיקה.
- ז. ידוע לי, כי במידה וביום החתימה על הרשאה זו מעודכנים כבר במערכות "מכבי" חברים עליהם אני משלם/ת, חברים אלו ימשיכו להיות משולמים על ידי, ולא יהיה כל שינוי בהרכב החברים עד לקבלת בקשה בכתב ממוני.
- טופס זה יוחזר ממולא וחתום למרכז הרפואי מכבי, ולאחר החזרתו נציג מכבי יצור עמך קשר. עד למועד יצירת הקשר על ידי נציג מכבי, לא נבצע כל שינוי באמצעי התשלום שמעודכן במערכות הקופה, ואותו הנך מעוניין/ת להחליף בכרטיס האשראי המופיע בטופס הרשאה זה. במידה ולא יצרו עמך קשר בתוך 2 ימי עבודה מיום העברת טופס זה חתום, אנא צור/צרי קשר עם המרכז הרפואי מכבי אליו הועבר הטופס.

חברי מכבי עבורם אני מעוניין לשלם בהוראה זו:

*חלק זה ימולא, במידה והנך מעוניין/ת לשלם באמצעות הרשאה זו על חברי מכבי בנוסף לאלו שכבר משולמים על ידיך

1. מס' תעודת זהות: _____ שם ושם משפחה: _____
ובני משפחתו/ה הרשומים עימו/ה ב"מכבי שירותי בריאות".
2. מס' תעודת זהות: _____ שם ושם משפחה: _____
ובני משפחתו/ה הרשומים עימו/ה ב"מכבי שירותי בריאות".
3. מס' תעודת זהות: _____ שם ושם משפחה: _____
ובני משפחתו/ה הרשומים עימו/ה ב"מכבי שירותי בריאות".

תאריך:	חתימת בעל/ת הכרטיס:	טלפון זמין ליצירת קשר: