

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.



תאריך: ____ / ____ / ____

בקשה להידוש חברות בשירותי הבריאות הנוספים

פרטי החברים:

בני המשפחה	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות (9 ספרות)
מאחד/ת			
בן/בת זוג			
ילד/ה 1			
ילד/ה 2			
ילד/ה 3			
ילד/ה 4			
ילד/ה 5			
ילד/ה 6			
ילד/ה 7			

פרטי החבר/ה:

רחוב:	מס' בית:	יישוב:	מיקוד:
מס' טלפון נייד:	מס' טלפון נוסף:	כתובת דואר אלקטרוני:	

אני/אנו החתומים/ים מטה מצהירים בזה כי:

- ידוע לי/לנו כי לפי תקנון שירותי הבריאות הנוספים של מכבי, רואים אותי/נו לכל הנוגע לזכויותיי/נו בשירותי הבריאות הנוספים, כמי שסיים/מו חברות מן החודש עברו הפסקתי/נו לשלם דמי חבר.
- אני/אנו פונה/ים בזה בבקשה, לאשר לי/לנו להמשיך בחברותי/נו בשירותי בריאות נוספים, מאחר ונמנע ממוני/מאיתנו לשלם את דמי החבר במועד, בשל הסיבות הבאות: (אם המקום אינו מספיק, נא להמשיך בדף נפרד שיצורף לטופס זה)

א. _____

ב. _____

ג. _____

- בתקופה בה לא שילמתי/נו דמי חבר לשירותי הבריאות הנוספים לא נזקקתי לשירותים הנכללים בהם.
- במידה ונזקקת/ם בתקופה בה לא שילמתי/ם לשירותים הנכללים בין זכויות שירותי הבריאות הנוספים, אנא פרט/ו:

א. _____

ב. _____

אני/אנו מצהיר/מצהירים בזה כי כל הפרטים שמסרתי/מסרנו לעיל נכונים. ידוע לי/לנו ואני/אנו מסכים/מסכימים לכך שמסירת פרטים לא נכונים משחררת את שירותי הבריאות הנוספים מכל מהיובות בעתיד כלפי/כלפינו וכלפי בני משפחתי/משפחתנו, וכי בנסיבות אלו שירותי הבריאות הנוספים רשאים לבטל את חברותי/חברותנו למפרע (רטרואקטיבית) מיום תחילת הפיגור בתשלום, וכן אהיה/נהיה חייב/חייבים לשאת בכל נזק כספי או אחר, שנגרם או שייגרם לשירותי הבריאות הנוספים כתוצאה מאי נכונות הפרטים שמסרתי/מסרנו.

התימה:

תאריך:	התימת החבר/ה:	התימת בן / בת הזוג:

על הצהרה זו יחתום אך ורק המצהיר עצמו ובן/ בת זוגו, אין רשות התימה זולתו לכל אדם אחר ואף לא מיופה כח.