

טופס הצטרפות / ביטול הצטרפות לגביית היטלים באמצעות חשבון הבנק

לכבוד

מכבי שירותי בריאות - קרן מכבי

הצטרפות

אני החתום/ה מטה מבקש/ת בזאת מקרן מכבי לגבות מחשבוני בבנק (ממנו אני משלם/ת עבור שירותי הבריאות הנוספים) את ההשתתפויות וההיטלים בהם אני/אנו חייבים על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי (כולל בעת ביקור אצל רופאים, מכונים ותרופות) ועל פי הסכומים שתעביר מכבי שירותי בריאות.
בקשה זו מתייחסת גם אל בני משפחתי האחרים (הרשומים עמי במכבי שירותי בריאות).

אני מצהיר/ה כי החשבון הנ"ל הוא בבעלותי ו/או כי יש לי סמכות לתת בו הוראות חיוב זה.
מוסכם בינינו כי עם הצטרפותי להסדר זה - לא תחייבו אותי, ואת בני משפחתי הרשומים עמי, בהיטלים אם וכאשר סכום ההיטלים המצטבר שאשלם אני ו/או בני משפחתי הרשומים עמי יחרוג מתקרת התשלומים המותרת לגבייה.

כמו כן אני מבקש/ת ומסכים/ה כי תמסרו לי/לנו, פרטים על החיובים עבור השירותים הנ"ל, כולל ביקור אצל רופאים (לכל אחד מבני המשפחה בנפרד), יחד עם פירוט יתר התנועות בחשבוני/נו.

בכבוד רב,

תאריך	מס' ת. זהות	שם משפחה ושם פרטי	חתימה
-------	-------------	-------------------	-------

ביטול הצטרפות

אני החתום/ה מטה מבקש/ת בזאת מקרן מכבי לבטל את הסכמתי לגבות מחשבוני בבנק (ממנו אני משלם/ת עבור שירותי הבריאות הנוספים) את ההשתתפויות וההיטלים בהם אני/אנו חייבים על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי.
בקשה זו מתייחסת גם אל בני משפחתי האחרים (הרשומים עמי במכבי שירותי בריאות).
תאריך התוקף לביטול הסכמתי, מועד חתימה זה.

בכבוד רב,

תאריך	מס' ת. זהות	שם משפחה ושם פרטי	חתימה
-------	-------------	-------------------	-------

נא לסמן ולחתום על אחת מהאפשרויות הנ"ל "הצטרפות" או "ביטול הצטרפות"