

בקשת ביטול – לצורך הקפאת מנוי

ניתנת אפשרות לביצוע רק אחרי 31.3.22

מרכז ספורט: קריית שרת תאריך: _____

חלק זה ימולא ע"י הלקוח:

שם משפחה: _____ שם הנרשם: _____ שם ההורה: _____

כתובת: _____ עיר: _____ טל': _____

שם החוג: _____ מספר קבלה: _____ מסי מנוי _____

סיבת הביטול:

רפואית (יש לצרף מסמכים רפואיים) - חובה לצרף מסמכים המאמתים את נסיבות הבקשה

מעבר דירה (יש לצרף חוזה דירה)

אחר פרט: _____

מימוש ההקפאה עד תאריך **31.10.2022**

שם וחתימה _____

פקס חזרה: **03-5567940** – חובה לוודא קבלת החומר במשרד

לשימוש המשרד

*** יש לבצע חישוב בסכומים עגולים בלב (ללא אגורות!) ולפי חודשי פעילות מלאים על פי נהלי הביטול.

עלות החוג: _____ שם דמי רישום: _____ שם שונות: _____ שם

עלות החוג לחודש: _____ שם (ללא דמי רישום ושונות)

תקופת פעילות המשתתף בחוג:

תאריך ההתחלה: _____ תאריך הסיום: _____

זיכוי מתאריך: _____ עד תאריך: _____ סה"כ הזיכוי: _____ שם

שונות: _____ שם

סה"כ להחזר: _____ שם

מנהל המרכז _____ מנהל המחלקה _____

חשבת: _____