

בקשת ביטול / החזר להנהלת חשבונות

מרכז הספורט: **"קרית שרת"** תאריך: _____

חלק זה ימולא ע"י הלקוח - הגורם המשלם: נא להחזיר לפקס: **03-5567940**
חובה לוודא הגעת הטפסים בטלפון: **03-6337955**

שם משפחה: _____ שם הנרשם: _____ ממלא הטופס: _____

כתובת: _____ עיר: _____ טלפון: _____ - _____

שם החוג: _____ גיל הילד: _____ מס' קבלה: _____

סיבת הביטול: _____

לאחר ה-31.3.22 חובה לצרף מסמכים להוכחת הבקשה: אישור רפואי / מעבר דירה - חוזה.

דמי ביטול - 120 ₪ חתימת ממלא הטופס: _____

שימוש המשרד:

הסכום ששולם עבור החוג בלבד: _____ ₪ דמי רישום: _____ ₪

שוונות: _____ ₪ עלות החוג פר חודש: _____ ₪ (ללא דמי רישום ושוונות)

תקופת פעילות המשתתף בחוג:

הלקוח נרשם ל _____ חודשים.

תאריך התחלה: _____ תאריך סיום: _____ סה"כ לחיוב הלקוח: _____ ₪

ביטול _____ חודשים, זיכוי מתאריך: _____ עד תאריך: _____ סה"כ החזר הלקוח: _____ ₪

דמי ביטול: _____ ₪ החזר דמי רישום _____ - _____ ₪ סכום החזר הכולל: _____ ₪

אופן הביטול:

ביטול _____ תשלומים באשראי / המחאות סכום הביטול באשראי / המחאות: _____

לגרוע המחאות החל מתאריך: _____ ביטול אשראי החל מחודש: _____

כרטיס _____ מס': _____ על שם: _____

היתרה - בהמחאה/ מזומן / אשראי - ע"ס: _____ מהחברה/ מהלקוח

לפקודת: _____ מס' הפקדה: _____

שם מזכירת המרכז: _____

מנכ"ל: _____

מנהל המרכז: _____