



ניתן לשלוח חזרה :

למייל :

holon.begin@gmail.com

יש לצרף קשר לברור קבלת החומר

טלפון: 054-5742216

אקרובטיקה/טרמפולינה

תאריך: / /

בקשת ביטול / החזר כספים מנוי: _____

חלק זה ימולא ע"י הלקוח:

שם משפחה: _____ שם הנרשם: _____ שם ההורה: _____
כתובת: _____ עיר _____ טל': _____
שם החוג: _____ מדריך: _____ גיל הילד: _____ מספר קבלה: _____

סיבת הביטול:

* לאחר ה-31.3.2021 חובה לצרף מסמכים להוכחת הבקשה: אישור רפואי / מעבר דירה - חוזה



חתימה _____

לשימוש המשרד

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

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

ביטול _____ תשלומים בכרטיס אשראי סך סכום הביטול באשראי: _____ שם

סוג כרטיס: _____ מספר כרטיס: _____

ביטול התשלומים החל מחודש: _____ / _____ תוקף: _____ / _____ ת.ז. _____ cvv _____

ביטול _____ המחאות _____ כל המחאה על סך: _____ שם סה"כ: _____

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



שם המזכירה: _____

פקס : 03-6520446



מנהל העמותה _____