



ניתן לשלוח חזרה :

פקס: 03-6520446

או למייל-

holon.begin@gmail.com

יש לצור קשר לברור קבלת החומר

טלפון: 03-6520020

בקשת הקפאה

אקרובטיקה / טרמפולינה תאריך: _____

חלק זה ימולא ע"י הלקוח:

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

כתובת: _____ עיר: _____ טל': _____

שם החוג: _____ מספר קבלה: _____ מס' מנוי _____

סיבת הביטול:

רפואית (יש לצרף מסמכים רפואיים)

מעבר דירה (יש לצרף חוזה דירה)

אחר פרט: _____

חובה לצרף מסמכים המאמתים את נסיבות הבקשה
מימוש ההקפאה עד תאריך 31.10.21

שם וחתימה: _____

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

מזכירה _____ מנהל העמותה _____