

בקשת ביטול – לצורך הקפאת תשלום

מרכז ספורט: " _____ " 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

שם וחתימה

מימוש ההקפאה עד תאריך **31.10.2022**

פקס חזרה: 03-

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 אגף הספורט _____

חשבת: _____