

בקשה להקפאה / ביטול / העברת מנוי

תאריך: _____ שם פרטי ומשפחה: _____

ת.ז.: _____ מס' מנוי: _____

כתובת: _____

תאריך תחילת הקפאה / ביטול / העברה (יש להודיע לפחות 5 ימים לפני): _____

תאריך סיום הקפאה / ביטול / העברה: _____

סיבת ההקפאה / ביטול / העברה: 1. רפואית 2. אחר _____

מסמכים מצורפים: _____

הערות: _____

הנני לאשר כי כל הפרטים בבקשה זו ובנספחים המצורפים מלאים ומדויקים.

חתימת המנוי: _____

לשימוש הקאנטרי - מתנ"ס בלבד

שם מקבל הבקשה: _____ תאריך: _____

חתימת מנהל הקאנטרי: _____ תאריך הפסקת פעילות ברישומים: _____

הערות: _____

סכום מאושר להחזר כספי: _____ שיטת החזר: אשראי / **העברה בנקאית

החלטת מנהל המתנ"ס: _____

חתימה: _____ תאריך: _____

**פרטי חשבון (במידה ומבוצע בהעברה): למוטב: _____ בנק: _____

סניף ומספר: _____ מס' חשבון: _____

רחוב עיינות 1 ערד | טלפון: 08 – 9975444/5 | פקס: 08 - 9975446

e-mail: clubarad@gmail.com