

טופס הצטרפות / ביטול הצטרפות
לגביית השתתפויות עצמיות באמצעות השבון הבנק

לכבוד
קרן מכבי

לכבוד
מכבי שירותי בריאות

בקשת הצטרפות

אני החתום/ה מטה מבקש/ת בזאת מקרן מכבי להצטרף לגביית השתתפויות באמצעות הבנק ולגבות מחשבוני בבנק (ממנו אני משלם עבור שירותי הבריאות הנוספים) את ההשתתפויות העצמיות בהם אני/אנו חייבים על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

סמן ✓ במשבצת המתאימה:

- ☐ בקשה זו מתייחסת לכל המשולמים מחשבוני במכבי שירותי בריאות: בני משפחתי/ ילדים/ בוגרים מעל גיל 18.
- ☐ עבור המשולמים מחשבוני, לפי פירוט:

שם פרטי:	שם משפחה:	תעודת זהות:

פרטי המבקש/ת:

תעודת זהות:	שם פרטי ושם משפחה	תאריך:	חתימה:

*יש לבצע סגירת הערה 7110 במערכת הממוחשבת.

תאריך תוקף ההצטרפות הינו ממועד החתימה על הטופס

בקשת ביטול הצטרפות

אני החתום/ה מטה מבקש/ת בזאת מקרן מכבי לבטל את הסכמתי לגבות מאמצעי תשלום המעודכן במערכת מכבי (ממנו אני משלם עבור שירותי הבריאות הנוספים) את ההשתתפויות העצמיות בהם אני/אנו חייבים על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

*לידיעתך, חתימה בחלק זה של הטופס, מהווה ביטול האפשרות לתשלום היטלים והשתתפויות לרבות בתי מרקחת באמצעות הוראת הקבע המעודכנת במכבי כמפורט לעיל.

סמן ✓ במשבצת המתאימה:

- ☒ בקשה זו מתייחסת לכל המשולמים מחשבוני במכבי שירותי בריאות: בני משפחתי/ ילדים/ בוגרים מעל גיל 18.
- ☐ עבור המשולמים מחשבוני, לפי פירוט:

שם פרטי:	שם משפחה:	תעודת זהות:
קלינטון	בויד	342600962
ניצן	בויד	302210950
ליאן	בויד	233174762
אלה	בויד	223200288

פרטי המבקש/ת:

תעודת זהות:	שם פרטי ושם משפחה	תאריך:	חתימה:
342600962	קלינטון בויד	2/6/24	

*יש להקליד הערה 7110 במערכת הממוחשבת.

תאריך תוקף הביטול הינו ממועד החתימה על הטופס.