

טופס בקשת הצטרפות לחברת אימדיקל אונליין בע"מ

טפס את כתב השרות הנבחר: EMEDICARD אחר _____ שם הסוכן: _____
 תאריך ההצטרפות: _____ מס' הסוכן: _____

I. פרטים אישיים של המנוי:

מין gende	תאריך לידה	שם פרטי (לועזית)	שם פרטי	שם משפחה (לועזית)	שם משפחה	מספר הזהות/ID	
M / ז F / נ							
		מדינה	מיקוד	יישוב	מס' בית	רחוב	כתובת מגורים
		מייל		נייד	משרד	בית	טלפון

II מידע רפואי: פרטים כלליים:

אלכוהול	עישון	סוג דם	גובה	משקל	גיל	סמן את תשובתך במשבצת המתאימה:
כן / לא	כן / לא					

נא ציין איש קשר למקרה חירום: שם מלא _____ טל: _____ קופת חולים בה הינך חבר/ה _____
 שם המוסד הרפואי ממנו יש צורך למשוך מידע: שם הרופא המטפל: /המחלקה ממנה נדרש התיק _____

III. ויתור על סודיות רפואית:

אני הח"מ, _____ מס' ת.ז. _____, נותן בזה רשות לקופת החולים _____ /או למוסדותיה, /או לעובדיה /או לסניפיה, /או לרופא המטפל בי בקביעות וכל רופא אחר, שנוצאת או אמנא בטיפולה וכן כל הרופאים ובתי החולים האחרים, למסור לחברת eMedical Online Ltd. /או מי מטעמה (להלן "המבקש") את כל הפרטים על מצבי הבריאותי, כל מחלה שחליתי בה בעבר, או שאני חולה בה כיום, וכן כל ממצא ואבחנה המצויים ברשומת והקשרים למצבי הבריאותי, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש. אני משחרר כל גוף או אדם שפורטו לעיל מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצבי הבריאותי /או מחלתי /או מחלתיי בהקשר האמור לעיל, ולא תהייה לי כל טענה או תביעה מסוג כל שהוא כלפי כל המוסד מידע למבקש כאמור לעיל וכלפי המבקש עצמו או מי מטעמו בעניין זה. הנני מייפה בואת את כוחו של "המבקש" לאסוף מידע לגבי בהתאם לבקשתי בהתאם להסכם ההצטרפות לשירות אשר טופס זה נספח לו. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עובדי וביא כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

שם מלא: _____ ת.ז.: _____ כתובת: _____

קוד מסלוקה	סוג חשבון	מספר חשבון בבנק
בנק _____ סניף _____		
אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח בחברה		קוד מוסד

הוראה לחיוב חשבון:

לכבוד: בנק _____ סניף _____
 כתובת הסניף _____
 1. אני הח"מ/שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק _____ מס' זהות/ח.פ. _____
 מרחוב _____ מס' _____ עיר _____
 נותנים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוני/נו הנ"ל בסניפכם בגין _____ מהות/סוג התשלום _____

- בסכומים ובמועדים שיומצאו למדי פעם בפעם באמצעי מונטי ע"י חברת eMedical Online Ltd. כמפורט מטה ב"פירטי ההרשאה".
 ידוע לילינו כי:
- ההוראה זו ניתנת לביטול ע"י הודאה ממני/ מאתנו בכתב לבנק ולחברת eMedical Online Ltd. שהכנס לתוקף, יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק וכן ניתנת לביטול ע"י הוראת כל דין. אהיה/נהיה רשאים/ם לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד, שהודעה על כך תימסר על ידינו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.
 - אהיה/נהיה רשאים/ם לבטל חיוב, לא יותר מתשעה ימים ממועד החיוב, אם אוכיח/וכיחי לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שקבעו בכתב ההרשאה, אם קבעו.
 - ידוע לילינו כי, הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נשאים שעלינו להסדיר עם המוסד.
 - ידוע לילינו כי, סכומי החיוב ע"י הרשאה זו, יופיע בדפי החשבון וכי לא תישלח לילינו ע"י הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.
 - הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זו, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו.
 - הבנק רשאי להוציא/נו מן ההסדר המפורט בכתב ההרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, וידוע לילינו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
 - נא לאשר לחברת eMedical Online Ltd. בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלה ממני/מאינו.

פרטי ההרשאה

- סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת ע"י חברת eMedical Online Ltd. ע"י (העקרונות לקביעתם): _____
- פרטי החיוב _____

מועד חיוב אחרון	מועד חיוב ראשון	הצמדה		תדירות החיוב	מספר חיובים	סכום לחיוב בודד
		סוג	בסיס			
				חודשי		
				דו-חודשי		
					

חתימת בעלי החשבון _____

אישור הבנק

קוד מסלוקה	סוג חשבון	מספר חשבון בבנק
בנק _____ סניף _____		
אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח בחברה		קוד מוסד

לכבוד: _____
 אימדיקל און לין בע"מ
 פל-ים 2, בני ברק, חיפה
 קבלנו הוראה מ _____
 לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מונטי שתיצו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבונו/ם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה, רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל בהתאם כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו. כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעלי החשבון או כל עוד לא הוצאו/נו בעלי החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהחתימתכם כלפנו, לפי כתב השיפוי שנחתם על ידכם.

תאריך: _____ בכבוד רב, בנק _____ סניף _____

תשלום באמצעות כרטיס אשראי:

שם בעל כרטיס האשראי: _____ ת.ז. _____ כתובת: _____
 סוג כרטיס האשראי: ויזה ישרכארט דיירנס אחר _____ בתוקף עד _____
 מספר הכרטיס: _____

הסכום לחיוב: _____ מס' תשלומים: _____
 לכבוד: _____
 אימדיקל און לין בע"מ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

פל-ים 2, בני ברק, חיפה

- אני הח"מ נותן/ותן בזה הרשאה מתמדת לחייב את החשבון הנ"ל, מפעם לפעם, באמצעות כרטיס האשראי שפרטיו מצויינים לעיל, או כרטיס אחר אשר יחליף אותו על פי הוראת חברת כרטיס האשראי בסכומים שאני חב /או אהוב לכם.
- כל חיוב שיעשה בהתאם להרשאה זו, יחשב כנעשה בידעתי והמלאה.
- הרשאתי ניתנת לביטול על-ידי, בהודעה בכתב ממני אליכם, ובלבד שיתקיימו התנאים הבאים:
 - הביטול יכנס לתוקף לאחר 4 ימי עבודה מעת קבלת ההודעה על ידכם, ולא יחול על חיובי החשבון שקדמו למועד כניסת הביטול לתוקף.
 - מתן ההודעה יחשב כבקשה בכתב להפסקת שירות במועד הנקוב בסעיף קטן א' לעיל על פי הסכם השירות שבני לביניכם.
 - אם תחייבו את חשבוני כאמור, כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לעשות כן.

הרני לאשר כי כל הפרטים אמיתיים ונכונים _____ תאריך _____ חתימת בעל כרטיס האשראי _____