

**עליכם למלא את הפרטים בטופס זה ולחתום עליו
ללא אישור זה לא יוכל הנופש להשתתף במחנה.**

אנו חותמים על טופס זה בהביננו את תוכנו ומשמעותו

אייר תשע"ו מאי 2017

שם משפחה _____ שם פרטי _____ ת.ז. _____ ת.ל. _____

פרטי דרכון בתוקף:

לצורך רישום כרטיסי טיסה, יש למלא את השם כפי שמופיע בדרכון באנגלית. (אותיות דפוס)

סוג דרכון: דרכון רגיל דרכון ביומטרי תעודת מסע דרכון זר _____
לידיעתכם, למי שדרכונו פג תוקף ונדרש חידוש, ניתן ורצוי לעשות דרכון ביומטרי.

שם משפחה (באנגלית) _____ **שם פרטי (באנגלית)** _____

מס' דרכון _____ **תוקף הדרכון** _____ **שמות ההורים/אפוטרופוס:** _____

ידוע לנו כי מדובר בילד עם רקע רפואי חריג ובזאת אנו מאשרים בלא סייג, למעט את המצוינים על ידינו בטופס (שאלון לנופש), את הסכמתנו להשתתפות בננו/ביתנו על כל פעילויותיו.

אין לנו ולא תהיינה לנו כל תביעות בגין על נזק העלול להיגרם לבנו/ביתנו בזמן שהות במחנה, לרבות כל פעילות שתיערך במסגרתו. ידוע לנו כי בפעילות ובמתקנים מסוימים יש מידה מסוימת של סיכון לפגיעה וברור לנו כי האחריות לשלומם ובטחונם של הילד מוטלת עלינו בלבד.

האחריות על אובדן או נזק לרכושם של בננו/ביתנו הינה עלינו בלבד.

בחתמתנו אנו גם מאשרים כי יידענו אתכם במצבו הרפואי המעודכן ומתחייבים להמשיך ולעדכן עד למועד הנסיעה וכי הילד נוסע בידיעת הרופא המטפל ובאישורו.

אנו מאשרים לכם או לבא כוח מטעמכם, לתת כל טיפול רפואי אשר יידרש, אם יידרש לבנו/ביתנו, לפי שיקול דעת של הצוות הרפואי הנלווה למחנה בנסיעתו ובפעילויותיו, או של הצוות הרפואי במרכז הרפואי אליו יופנה. להעביר מידע רפואי בעת הצורך לפי שיקול דעתכם. כמו"כ אנו מקבלים על עצמנו אחריות שילוחית וכספית לכל טיפול שיידרש, בחתימתנו זו אנו משחררים את צוות "זכרון מנחם" וכל הפועל בשמם מכל תביעה, דרישה או טענה מסוג כלשהו ומוותרים מראש על כל אלה, בקשר לכל טיפול רפואי, סיעודי או אחר שינתן במסגרת המחנה על כל פעילויותיו. במקרה ותוגש תביעה כל שהיא מטעמינו או אודות בננו/בתנו נגדכם או נגד הפועלים מטעמכם, עובד/ מתנדב / נציג וידרשו להוצאה כל שהיא אנו מתחייבים לשפות אתכם ע"כ מיידידת.

כמו"כ אנו מאשרים כי הכיסוי הכספי לטיפולים רפואיים בחו"ל כפוף לפוליסת הביטוח שלכם אשר נרכשה מחב' ביטוח ו/או קופת החולים או כל גורם אחר אשר אצלם אתם מבוטחים וזאת בתנאי שאשלם את מלא סכום הפוליסה מראש. אולם כל טיפול שלא יכוסה ע"י חברת הביטוח וכן את ההשתתפות העצמית, אנו מתחייבים לשלם מיד עם דרישתכם.

שם האב _____ חתימה _____ שם האם _____ חתימה _____ תאריך: _____

**לאחר מילוי הטופס - יש לשלוח חזרה לפקס - 02-6433-991
בצירוף צילום הדרכון בעמוד בו מופיע תמונת הנוסע/ת**

הנידון : תשלום דמי רישום וביטוח רפואי למחנה קיץ 2017

נא לשלוח לנו טופס זה חזרה, לאחר שבחרתם בין 3 אפשרויות התשלום:

1. המחאה (צ'ק) - לשלוח בדואר מצו"ב המחאה על סך 600 ₪ עבור רישום וביטוח רפואי למחנה קיץ 2017. (לשלוח במעטפה המצו"ב)2. כרטיס אשראי - לשלוח בפקס 02-6433-991 או בשיחה טלפונית 02-6400-800 נא לחייב את כרטיס האשראי שפרטיו מצו"ב בסך 600 ₪ עבור רישום וביטוח רפואי למחנה קיץ 20173. העברה בנקאית על סך 600 ₪ : - בנק לאומי - 10, סניף בית וגן - 766, חשבון 21785/19 ולשלוח בפקס את טופס ההעברהעבור: שם הילד: _____ סכום: 600

שם בעל הכרטיס: _____ מס ת.ז. _____ טל: _____

כתובת: _____ חתימה: _____

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

3 ספרות אחרונות בגב כרטיס

תוקף

מס' הכרטיס