

# DRS CAWOOD, HOSKING, MACROBERT, FENWICK, FRANKEN & KING

Voltooi Slegs een vorm per gesin asseblief:

PERSON VERANTWOORDELIK VIR REKENING

Rekeningnommer:

Van:	Voorletters:	Titel:
Eerste naam (van hooflid):	I.D.	
Posadres:		
	Poskode:	
Fisiese Adres (indien verskillend):		
Werkgewer:		
Werksadres:		
Huis Tel Nr.:	Werk Tel Nr.:	
Selfoon Nr.:	Faks Nr.:	
Posisie in Firma:	Huweliksmaat Werk Tel Nr.:	
E-posadres:		

## MEDIESE FONDS BESONDERHEDE (Toon asb. u mediese fonds kaart)

Naam van mediese fonds:	Opsie:
Hooflid:	Nommer:

## NAASTE FAMILIE OF VRIENDE (Nie van dieselfde huishouding nie)

Naam en van:	
Adres:	
Verwantskap:	Tel Nr. & Kode:

## FAMILIE BESONDERHEDE - ALLE PASIËNTE OP MEDIESE FONDS KAART ASB.

Naam:	Noemnaam:	Geboortedatum:	Afhanklike nommer:

### Pasiënte ooreenkoms:

Ek bevestig dat bogenoemde inligting waar en korrek is en onderneem om u binne 14 dae nadat enige van die besonderhede hierbo verander het in kennis te stel van die nuwe besonderhede

Ek onderneem om te sorg dat u rekening onmiddellik aan die mediese fonds gestuur word en om enige bedrae wat nie deur die mediese fonds betaal word nie, self op aanvraag te betaal.

EK NEEM VOLLE VERANTWOORDELIKHEID VIR DIE REKENING.

Ek neem kennis van die feit dat indien die rekening nie betaal is binne 90 dae nie, my naam gelys sal word op die "ITC" 'n nasionale lys van swak betalers.

Ek aanvaar dat indien ek nie bogenoemde ondernemings nakom nie, ek aanspreeklik sal wees vir alle regs-koste aangegaan om gelde van my te verhaal soos tussen prokureur en kliënt, waarby ingesluit is invorderingskommissie en opsporingskoste.

HANDTEKENING: ..... DATUM: .....