

Dr. Hennie Bosch

HOOF LID BESONDERHEDE:

Van:	Eerste Naam:
ID Nommer:	Titel:
Pos Adres:	
Kode:	Huis telefoon en kode:
Huis Adres:	
Kode:	Selfoon nommer:
Werk adres:	
Kode:	Werk telefoon en kode:
Werkgewer:	Posisie in firma:
Epos adres:	Eggenoot werk telefoon:

PASIENT BESONDERHEDE

Van:	Eerste Naam:
Geboorte Datum/ID NR:	Huweliks status:
Beroep:	Allergies:
Selfoon nommer:	Epos Adres:
Rede vir besoek:	Heup / Knie /Ander: _____
Lengte:	Gewig:

VERWYS DEUR:

Naam:	
Naam van GP:	

MEDIESE FONDS BESONDERHEDE

Fonds Naam:	Naam van opsie:
Mediese fonds nommer:	Afhanklike nommer:
Hooflid Volle Naam en Van:	
GAPINGS DEKKING(GAP COVER) :	JA / NEE

FAMILIE OF VRIEND

Naam en Van:	
Verwantskap:	Tel en Kode:

Ek bevestig dat bogenoemde inligting waar en korrek is.Ek onderneem om u in kennis te stel van enige veranderinge wat mag plaasvind binne 14 dae van enige veranderinge.

MEDIESE FONDS PASIENTE

Ek onderneem om al die rekening mediese fonds toe te stuur en dit wat nie vereffen word deur die mediese fonds nie te betaal.

PRIVAAT PASIENTE

Ek onderneem om die rekening dadelik te vereffen.

Rente van 24% sal na 60 dae gehef word.

Ek neem kennis dat as ek binne 90 dae nie my rekening vereffen nie my naam by "ITC" geregistreer gaan word.

(databasis vir stadige betalers)

Ek aanvaar dat, na aanleiding van die bogenoemde gemeld, dat ek verantwoordelik gehou sal word vir alle kostes wat gehef sal word tussen klient en prokureur, insluitend kommissie en opsporing foioe.

Handtekening:	Datum:
---------------	--------