



טלי בן רובי  
כושר וספורט

**טופס רישום - נשים**

**פרטי הנרשמת:**

□□□□□□□□

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_ ת.ז: \_\_\_\_\_

תאריך לידה: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ מצב משפחתי: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_

טלפון נייד: \_\_\_\_\_ טלפון נוסף: \_\_\_\_\_

קופת חולים: \_\_\_\_\_ דוא"ל: \_\_\_\_\_

סטטוס: עובדת / תלמידה / סטודנטית / חיילת / עקרת בית / אחר: \_\_\_\_\_

איך הגעת אלינו? פרסום \_\_\_\_\_ / חברה \_\_\_\_\_ / מנוי חוזר / אחר \_\_\_\_\_

מס' שיעורים בשבוע: חופשי / 3 שיעורים / 2 שיעורים / שיעור 1 / אחר \_\_\_\_\_

**פרטי התשלום:**

נרשמת לתקופת המנוי, מתאריך: \_\_\_\_\_ עד תאריך: \_\_\_\_\_

עבור: \_\_\_\_\_ חודשים, במחיר חודשי של: \_\_\_\_\_ ש"ח, סה"כ מחיר המנוי: \_\_\_\_\_ ש"ח.

**נהלי ותנאי רישום:**

1. ידוע לי כי במידה וברצוני לבטל את המנוי, חובה עליי להודיע על כך בכתב למזכירות חודש מראש, הביטול וההחזר יחושבו ויבוצעו ע"פ הוראות חוק הגנת הצרכן התשמ"א-1981 בקיזוז דמי ביטול.
2. במידה ונגרעת ממני האפשרות להמשך פעילות מסיבה רפואית, חובה עליי להמציא אישור רפואי האוסר על המשך הפעילות.
3. הקפאת מנוי תתבצע בכפוף להמצאת אישור רפואי / אישור על טיסה לחו"ל (מינימום שבוע ימים).
4. ידוע לי כי על פי נהלי הסטודיו **אין החזרי כספים** עבור היעדרות מחוג מסיבה כלשהיא או עבור תקופת מנוי שהוקפאה (והכל ע"פ התקנון).
5. ידוע לי כי במהלך השנה ייתכנו שינויים בלוח השיעורים.
6. תשלום המנוי במרכז הספורט **כולל בתוכו** את כל ימי החופשות המתקיימים במהלך השנה. בחודשי הקיץ תתקיים חופשה שנתית למשך שבוע.
7. אני מאשרת קבלת דוור באמצעי התקשורת שמסרתי לעיל, הכוללים עדכונים, דברי פרסומת ומבצעים של הסטודיו באמצעות דוא"ל / SMS / וואטסאפ. (יש למחוק את הסעיף במידה ואינך מעוניינת בקבלת דוור).
8. **בחתימה על מסמך זה, הריני מאשרת כי קראתי את תקנון הסטודיו והבנתי את כל הוראותיו ותנאיו וכי אני מתחייבת לפעול על פיהם.**

\_\_\_\_\_ חתימה

\_\_\_\_\_ תאריך

**הצהרת בריאות**

אני הח"מ, מצהירה בזאת כי: (סמני ב-X את האפשרות המתאימה)

□ לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות ממני להשתתף בפעילות.

□ יש לי מגבלה בריאותית אשר מונעת השתתפות חלקית בפעילות והיא: \_\_\_\_\_

1. אני מתחייבת להודיע לסטודיו ולמדריכה לפני תחילת השיעור על כל שינוי ו/או הגבלה זמניים ו/או קבועים שיחולו במצבי הבריאות.

2. אני אחראית להנחות את המדריכה להגיש לי עזרה הראשונה במקרי חירום.

\_\_\_\_\_ חתימה

\_\_\_\_\_ תאריך