



Smiles4All

P A S I Ë N T V O R M

Praktyk No 5438993

Tel: 012 665 1631/5

Fax: 086 605 4063

E-Pos: smilesforall@iafrica.com

PERSOON VERANTWOORDELIK VIR DIE REKENING

Persoonlike Besonderhede

Van _____ Titel _____

Voorletters _____ Voorname _____

ID Nommer _____ Huistaal _____

Kontak Besonderhede

E-Pos Adres _____

Kontak No Sel _____ Huis _____

Posadres _____

_____ Kode _____

Huis Adres _____

_____ Kode _____

Werkgewers Besonderhede

Werkgewer _____

Beroep _____

Kontak No _____

Mediese Fonds Besonderhede

Mediese Fonds _____ Opsie _____

Lidmaat Nommer _____

BESONDERHEDE VAN EGGENOOT

Van _____ Titel _____
Voorletters _____ Voorname _____
ID Nommer _____ Huistaal _____
E-Pos Adres _____
Kontak No Sel _____ Huis _____
Werkgewer _____

AFHANKLIKES

1 Volle Naam _____ Geboorte Datum _____
ID No _____ Mediese Fonds _____
2 Volle Naam _____ Geboorte Datum _____
ID No _____ Mediese Fonds _____
3 Volle Naam _____ Geboorte Datum _____
ID No _____ Mediese Fonds _____
4 Volle Naam _____ Geboorte Datum _____
ID No _____ Mediese Fonds _____

NAASBESTAANDE

Naam en Van _____
Verhouding _____ Kontak No _____
E-Pos Adres _____

Neem asseblief kennis dat alhoewel ons ingekontrakteer is by U mediese fonds, bly dit nogsteeds U verantwoordelikheid om die rekening te vereffen indien U mediese fonds nie betaal nie.

HIERMEE BEVESTIG EK DAT HIERDIE WAAR EN KORREK IS

**LEES ASSEBLIEF DIE VOLGENDE BESONDERHEDE NOUKEURIG DEUR EN VOLTOOI DAN DIE
OOREENKOMS VAN BETALING**

1. Hierdie praktyk is geregistreer by die BHF en het voordeleskaal tariewe. Indien hierdie praktyk ingekontrakteer is by U mediese fonds, word die rekening vir U gerief elektronies aan U mediese fonds gestuur wat in terme van 'n spesiale reeling die rekening sal vereffen.
2. Gaan asseblief U rekeningstaat deur vir enige administratiewe foute wat kon intree, en stel telefonies reg met die rekening afdeling binne 30 dae. Indien die rekening nie reggestel word binne 30 dae nie, bly die betaling van die rekening U verantwoordelikheid.
3. Indien hierdie praktyk nie ingekontrakteer is by U mediese fonds nie, word die rekening aan U mediese fonds gestuur en alle kort betalings moet U self ten volle vereffen binne 30 dae.
4. In die geval van 'n kortbetaling of geen betaling deur U mediese fonds, word U aanspreeklik gehou vir die uitstaande bedrag.
5. U is persoonlik verantwoordelik om vas te stel wat die jaarlikse limiet met betrekking tot konsultasies en andere tandheelkunde is. Indien die limiet oorskry word, sal U persoonlik aanspreeklik gehou word vir die vereffening van die uitstaande rekening.
6. Privaat pasiente moet R750.00 betaal voor konsultasie, en na konsultasie die uitstaande rekening.
7. Afsprake moet asseblief 24 uur voor die tyd gekanseleer word.
8. Alle rekeninge is betaalbaar 30 dae na datum van diens.
9. Alle regs en invorderingskoste, insluitende prokureur en klientkoste en uitgawes wat deur ons praktyk aangegaan word ten opsigte van die verhalings en/of invordering van die verskuldigde bedrag ingevolge hierdie ooreenkoms asook enige ander soortgelyke kostes sal vir die rekening van die verantwoordelike persoon wees en sal betaalbaar wees op aanmaning.
10. Indien U rekening 'n rekord het van swak betaling sal U verplig word om in die toekoms kontant te betaal en self terug te eis van U mediese fonds.

Handtekening

Datum