



Voltooi Slegs EEN vorm per gesin asseblief / Please complete only ONE form per family:

**PERSOON VERANTWOORDELIK VIR REKENING /
PERSON RESPONSIBLE FOR THIS ACCOUNT**

**Rekeningnommer /
Account Number:**

Van / Surname:	Voorletters / Initials:	Titel / Title:
Eerste naam (van hooflid) / First Name (of main member):		I.D.
Posadres / Postal Address:		
		Poskode / Postal Code:
Fisiese Adres (indien verskillend) / Physical Address (if different):		
Werkgewer / Employer:		
Werksadres / Work Address:		
H Tel Nr. / No.:	W Tel Nr. / No.:	
Selfoon Nr. / Cell Phone No.:	F Nr. / No.:	
E-posadres / E-mail Address:		

MEDIESE FOND BESONDERHEDE (Toon asb. u mediese fonds kaart) / MEDICAL AID DETAIL (Please show medical aid cards)

Naam / Name:	Opsie / Option:
Hooflid / Main Member:	Nommer / Number:

NAASTE FAMILIE OF VRIENDE (Nie van dieselfde huishouding nie) / FAMILY OR FRIENDS (Not from same household)

Naam en Van / Name and Surname:	
Adres / Address:	
Verwantskap / Relationship:	Tel Nr. & Kode / No. & Code:

**FAMILIE BESONDERHEDE - ALLE PASIËNTE OP MEDIESE FONDS KAART ASB. /
FAMILY DETAILS - ALL PATIENTS ON MEDICAL AID CARDS PLEASE**

Naam / Name:	Geboortedatum / I.D. / Date of Birth:	Afhanklike Nr. / Dependant No.	Allergië / Allergies

- Privaat pasiënte word versoek om rekeninge te betaal na die konsultasie. / Private patients are requested to settle accounts at the end of consultation.
- Alle bybetalings op mediese fondse moet na konsultasie betaal word. / All co payments for medical aid must be settled at time of consultation.

Pasiënt ooreenkoms / Patient agreement:

- Ek bevestig dat bogenoemde inligting waar en korrek is en onderneem om u binne 14 dae nadat enige van die bogenoemde hierbo verander het in kennis te stel van die nuwe besonderhede. / I confirm that the above information is true and correct. I undertake to inform you of any changes thereto within 14 days of change occurring.
- Ek onderneem om te sorg dat u rekening onmiddelik aan die Mediese Fonds gestuur word en om enige bedrae wat nie deur die Mediese Fonds betaal word nie, self op aanvraag te betaal. / I undertake to forward all statements to my Medical Aid and to settle all accounts that have not been paid by the Medical Aid society.
- EK NEEM VOLLE VERANTWOORDELIKHEID VIR DIE REKENING / I TAKE FULL RESPONSIBILITY FOR THE ACCOUNT.
- Ek aanvaar dat indien ek nie die bogenoemde ondernemings nakom nie, ek aanspreeklik sal wees vir alle regskoste aangegaan om gelde van my te verhaal soos tussen prokureur en kliënt, waarby ingesluit is invorderingskommissie en opsporingkoste. / I accept that in the event of my non-compliance with the above undertaking I will be held liable for payments of all costs incurred in collecting such moneys from me as between attorneys and client including collection commission and tracing costs.

Geteken / Signed: _____ Datum / Date: _____