

TIK U PRAKTYK SE NAAM HIER

(Pasiënt besonderhede en basiese kontrakterme.)

BESONDERHEDE VAN PASIËNT

TITEL: _____

VOORNAME EN VAN: _____

GEBOORTEDATUM: ____/____/____ I.D NOMMER: _____

BEROEP: _____

BESONDERHEDE VAN MEDIESE FONDS

SKEMA: _____ PLAN: _____ NOMMER: _____

BESONDERHEDE VAN PERSOON VERANTWOORDELIK VIR REKENING

TITEL: _____

VOORNAME EN VAN: _____

GEBOORTEDATUM: ____/____/____ I.D NOMMER: _____

HUISADRES: _____

POSADRES: _____

BEROEP: _____

WERKGEWER: _____

WERKSADRES: _____

TEL NOMMERS (HUIS) _____ (WERK) _____

E-POSADRES: _____ (SELLULÊRE FOON NR) _____

WAAR HET U VAN ONS GEHOOR?

Verwys deur: Naasbestaande

Vriende

Dokter

Advertensie in: Koerant

Geelbladsye

Pos

WIE KAN ONS BEDANK VIR DIE VERWYSING?

NAAM EN VAN: _____

ADRES: _____

NASIONALE KREDIETWET REGULASIES:

- Voorlegging van en handtekening op 'n kwotasie is kontraktueel bindend. Bestellings kan nie gekanselleer word nadat die kwotasie goedgekeur is nie.
- Volgens die Nasionale Kredietwet mag ons geen krediet veskaf aangesien ons nie geregisteerde kredietverskaffers is nie. As gevolg hiervan is alle veskuldigde fooie betaalbaar voor ontvangs van goedere. Brille en kontaklense kan nie bestel word voor ontvangs van 50% van die veskuldigde bedrag nie.
- Ons behou die onbetwisbare reg voor om in die geval van wanbetaling, die persoon verantwoordelik vir die rekening op TransUnion ITC te plaas en om verdere invorderingstappe te neem.
- Die ondergetekende neem volle verantwoordelikheid vir enige regskostes aangegaan ter invordering van sy/haar skuld aan die praktyk.

MEDIESE FONDS BETALINGS

- Vir u gerief sal ons (indien deur u verlang) u rekening by u ingekontrakteerde fonds indien vir direkte betaling aan ons.
- **Mediese fondse dra slegs 'n gedeelte van die rekening by en nie noodwendig die volle bedrag nie.**
- Alhoewel alle maandelike pogings aangewend word om die korrekte bydrae deur u fonds vas te stel, is dit steeds net 'n beraamde waarde en word nie gewaarborg nie. Met die berekening van u persoonlike bydrae tot die rekening, gebruik ons hierdie beraamde bedrag wat maandelik mag verander.
- Enige bedrag nie deur u fonds vereffen nie, bly u verantwoordelikheid.

Ek, _____, die ondergetekende, bevestig hiermee dat ek die begenoemde gelees het en dat ek die inhoud ten volle verstaan en aanvaar.

Handtekening: _____

Datum: _____

YOUR PRACTICE NAME HERE

Patient information sheet and basic contract terms

DETAIL OF PATIENT:

TITLE: _____

NAME AND SURNAME: _____

DATE OF BIRTH: ____/____/____ I.D NUMBER: _____

OCCUPATION: _____

MEDICAL AID DETAILS:

SCHEME: _____ NUMBER: _____

DETAILS OF PERSON ACCOUNTABLE:

TITLE: _____

NAME AND SURNAME: _____

DATE OF BIRTH: ____/____/____ I.D NUMBER: _____

HOME ADDRESS: _____

POSTAL ADDRESS: _____

OCCUPATION: _____

EMPLOYER: _____

WORK ADDRESS: _____

TEL NUMBERS: (HOME) _____ (WORK) _____

E-MAIL ADDRESS: _____ (CELLULAR PHONE) _____

How did you hear about us?

Referred by: Relative
 Friend
 Doctor

Advertisement: Newspaper
 Yellow pages
 Post

WHOM MAY WE THANK FOR YOUR REFERRAL?

NAME AND SURNAME: _____

ADDRESS: _____

NATIONAL CREDIT ACT REGULATIONS:

- Presentation and signature of a quotation is contractually binding. Orders cannot be cancelled after signing a quotation.
- According to the National Credit Act, we may not provide any credit as we are not registered credit providers. For this reason all amounts due are payable on presentation of an invoice. Spectacles and other goods may not be ordered before receiving a 50% deposit.
- We reserve the unequivocal right to have the person responsible for the account listed on TransUnion ITC and take such steps as deemed necessary.
- The undersigned undertake to pay all attorney and client costs should legal action proceed.

MEDICAL AID PAYMENTS

- For your convenience we will (if so required by you) submit your account to your medical aid for direct payment - if we are contracted to them.
- **Medical aids only contribute a portion of your account and not necessarily pay the full amount.**
- Although every effort is made to confirm the correct amount contributed by the medical aid, it is merely an estimate and can therefore change. In calculating the estimated patient portion of the account, we use an estimated medical aid contribution which may vary.
- Any amount not paid by your medical aid is payable by you.

I, _____, the undersigned, agree to the conditions above and have read and understand the terms and content thereof.

Signature: _____

Date: _____