



תאריך:

השאלון שלפניכם נועד להבהיר את פנייתכם, השאלון והפרטים שבו ישמרו בסודיות, מענה יינתן עד שבועיים מיום קבלת הפנייה במרכז.
הטיפול ניתן בשלוחת גוונים ביישוב נילי.

- [illegible]

12. הערות:

13. סיבת הפנייה:

14. האם יש רקע ידוע לקושי כיום:

15. מה הציפייה מפנייה זו:

16. האם יש מידע נוסף שחשוב לך שנדע:

17. מה ניסית לעשות עד כה כדי להתמודד עם הנושא:

18. מה יהיה הסימן שלך שהקושי מאחוריד:

את השאלון יש למלא ולהחזיר אלינו לפקס: 02-5848623 או למייל:

gvanim@binyamin.org.il

מספר הטלפון של המרכז: 02-5848600

כדי לאפשר את הצלחת הטיפול, אנו מבקשים:

- א. להופיע לטיפול במועד ובזמן שנקבעו, איחור יקוזז מזמן הטיפול.
 - ב. להודיע על ביטול לפחות 24 שעות לפני מועד הטיפול.
 - ג. העדרות מטיפול ללא הודעה מוקדמת תחייב בתשלום מלא עבור אותו טיפול.
 - ד. להשאיר פרטי אשראי לחיוב אחת לחודשות שלום במזומן 4 טיפולים מראש.
 - ה. במידה ולא יתקיימו חלק מהטיפולים בשל העדרות המטפל או לחילופין לאחר הודעה בזמן מצידנו, התשלום יעבור כזכות לחודש הבא.
 - ו. בטיפול בילדים אנו נוהגים לקיים מפגש ראשון עם ההורים ומפגשי הדרכה בהמשך לפי הצורך.
- כל מפגש עם ההורים כרוך בתשלום בתעריף של פגישה רגילה.

_____ חתימה:

_____ תאריך:

תודה על מילוי השאלון, אי"ה נשתדל להיות עמכם בקשר בהקדם.

הוראה לחיוב בכרטיס אשראי

- העברה של הטופס לטיפול ושיבוץ למטפל תתקיים רק לאחר קבלת פרטי אשראי.
- עם התחלת הטיפולים תחויבו אחת לחודש עבור הטיפולים של חודש קודם.

אני הח"מ _____
שם בעל כרטיס האשראי _____
מס' ת"ז _____
טל נייד _____

כתובת: _____
 רחוב _____
 ישוב _____
 מיקוד _____

נותן בזה למועצה אזורית מטה בנימין לחייב את כרטיס האשראי

[illegible]

בגין תשלום עבור _____ במרכז גוונים.
סה"כ לתשלום _____ ב _____ תשלומים שווים.

מועצה אזורית מטה בנימין מתחייבת שלא למסור פרטי הכרטיס לאף גורם אחר, ללא הסכמתי בכתב לכך.

במידה שפרטים אלו לא מגיעים ליעדם, נא להחזירו אלינו! תודה

תאריך: _____ חתימה: _____

לשימוש המשרד:
נא לזכות ס.ת. : 1348