

VOORWAARDES

1. Die pasiënt- en rekeningbesonderhede soos aangedui, is korrek en enige veranderinge sal onmiddellik aan dié praktyk deurgegee word.
2. Die pasiënt/hooflid aanvaar volle aanspreeklikheid vir die vereffening van die uitstaande rekening. Indien die Mediese Fonds die rekening nie binne 60 dae ten volle betaal nie, sal die uitstaande bedrag van die ondertekenaar verhaal word.
3. Indien regsaksie nodig sou wees vir die invordering van agterstallige fooie, sal die ondertekenaar verantwoordelik wees vir alle kostes.
4. Ek verstaan dat my rekening onderhewig is aan die Wet op Voorgeskrewe Rentekoerse en dat ek aanspreeklik is vir mora rente op al my rekeninge wat nie binne 90 dae vereffen is nie. Ek stem toe tot navraag op en negatiewe lysing van my kredietinligting sou die rekening uitstaande bly.
5. Die pasiënt/hooflid kies as sy/haar *domisilium citandi et executandi* die huisadres soos aangedui.

Ek aanvaar bogenoemde voorwaardes.

CONDITIONS

1. The information regarding the patient and account is correct. This practice will immediately be informed of any changes.
2. The patient/main member accepts full responsibility for the settlement of the account. If the Medical Aid fails to settle the account within 60 days, the outstanding amount will be demanded from the signature.
3. Should legal action be necessary at any stage for the collection of outstanding fees, the signatory will be responsible for all costs.
4. I agree that the account and payment of account is subject to the Prescribed Rate of Interest Act and that I remain liable for mora interest on accounts that have not been settled within 90 days. I agree to inspection of and listing of my credit information should my account remain outstanding.
5. The patient/main member chooses as his *domicilium citandi et executandi* the residential address indicated.

I accept the conditions above.

Naam/Name (Please print)

Handtekening/Signature

Datum/Date