



טופס הזמנת טיסה

טל' להזמנות: **חברת ארקיע**: 03-6909691
א. פרטי המטופל: נא למלא בכתב יד ברור את פרטי המטופל **כפי שמופיעים בתעודת הזהות**

שם פרטי:	
שם משפחה:	
ת.ז. כולל ספרת ביקורת :	
נייד:	

ב. פרטי טיסה: * הלוך וחזור באותה חברה.

מספר הזמנה: _____

שם הנוסע (המטופל)	
תאריך ושעת הלוך:	תאריך: _____ שעה: _____
תאריך ושעת חזור:	תאריך: _____ שעה: _____

פרטי מלווה (**למילוי במידה והנך זכאי למלווה**)
לתשומת לבך- על המלווה והמטופל לטוס יחד באותן טיסות אחרת לא יאושרו הטיסות

שם המלווה:	
תאריך ושעת הלוך:	תאריך: _____ שעה: _____
תאריך ושעת חזור:	תאריך: _____ שעה: _____

סוג מלווה: מטופל מתחת לגיל 18 / עיוור+תעודה / נכה עם כסא גלגלים / אונקולוגי בטיפול פעיל .

נוהלי הזמנה:

1. **ארקיע**: יש להזמין טיסה מול חברת התעופה, ולמלא בטופס זה את **כל פרטי המטופל ופרטי הטיסה**.
- א- את **טופס הזמנת הטיסה** הנ"ל עם כל הפרטים הנדרשים.
- ב- **טופס זימון תור** (הזמנה) למרפאה / מכון / בית חולים אליו אתם מוזמנים.
- ג- בפנייה ראשונה לבדיקה יש לצרף גם **הפניית רופא** מטפל.

פקס – 08-6355445 / מייל- eltickets@clalit.org.il

- **את המסמכים הנ"ל יש לשלוח עד שבוע לפני מועד הנסיעה לבדיקה**
- **באחריות המטופל לוודא שהמסמכים התקבלו במוקד**

3. באם לא קיימת הרשאה לחיוב, יש להפקיד צ'ק פיקדון או מזומן במרפאה ע"פ תעריפון פיקדון טיסות.
4. בסיום הביקור יש להחתיים את ביה"ח/מרפאה/מכון בו ביקרת, ולפקסם שוב למוקד טיסות עד **7 ימים מיום הבדיקה**.
- במקרה בו לא יוחזר הטופס חתום בתוך 7 ימים מיום הבדיקה- **יחויב המטופל במלוא סכום הפיקדון**.
5. במקרה של **ביטול טיסה**- באחריות המטופל לבטל את הטיסה מול חברת התעופה וכן מול מוקד טיסות- יש לשלוח פקס חוזר עם טופס זה בצירוף מס' ההזמנה שבוטלה + מס' הביטול **ולוודא קבלת המסמכים**.
- במידה והלקוח לא הודיע על ביטול הטיסה לחברת התעופה ולמוקד טיסות יחויב במלוא סכום הפיקדון.
6. הטיסות הן **למטרת הבדיקה הרפואית בלבד** ויאושרו בטווח של **יומיים לפני /אחרי** הבדיקה.
7. אין אפשרות לדחות טיסה למועד אחר . במקרה שכזה יש לבצע הזמנה חדשה ולשלוח שוב את הניירת

ביטולי טיסות בשעות שהמוקדים הטלפוניים סגורים ניתן להודיע באמצעות מייל לחברת התעופה-
click_chief@arkia.co.il -ורק כשהמוקד סגור-

שעות מענה טלפוני- ימים א'ה' בין השעות 11:00-12:30 לטלפון 08-6301010, ביום ו' המוקד סגור.

חתימת הלקוח: _____ חתימה וחותמת מרפאה/מכון/בי"ח: _____