



הוראה לחיוב חשבון באמצעות כרטיס אשראי

לשימוש פנימי (סריקה)

א. פרטי מבוטח/ת החייב/ת בתשלום מקדמות דמי הביטוח

_____										שם פרטי	
_____										שם משפחה	
מבקש/ת בזאת לחייב בגין מקדמות בדמי ביטוח לאומי ובדמי ביטוח בריאות בסכומים ובמועדים שיקבעו מדי פעם בפעם על ידי המוסד לביטוח לאומי, באמצעות כרטיס האשראי שפרטיו מפורטים להלן.											

שם פרטי _____ שם משפחה _____

מספר זהות ס.ב. _____

מיקוד: _____ עיר: _____

טל' בבית: _____ סלולרי: _____ טל' בעבודה: _____

מס' כרטיס לחיוב _____

תוקף הכרטיס _____

שנה _____ חודש _____

סוג הכרטיס: ישראלכרט ויזה לאומי קארד אמריקן אקספרס דינרס קלאב

נותן/ת לכם בזה אישור לחיוב באמצעות כרטיס האשראי בגין מקדמות בדמי ביטוח לאומי ובדמי ביטוח בריאות בסכומים ובמועדים שיקבעו מדי פעם בפעם על ידי המוסד לביטוח לאומי.

ב. פרטי בעל/ת כרטיס האשראי:

שם פרטי _____ שם משפחה _____ מספר זהות ס.ב. _____

מיקוד: _____ עיר: _____

טל' בבית: _____ סלולרי: _____ טל' בעבודה: _____

מס' כרטיס לחיוב _____

תוקף הכרטיס _____

שנה _____ חודש _____

סוג הכרטיס: ישראלכרט ויזה לאומי קארד אמריקן אקספרס דינרס קלאב

נותן/ת לכם בזה אישור לחיוב באמצעות כרטיס האשראי בגין מקדמות בדמי ביטוח לאומי ובדמי ביטוח בריאות בסכומים ובמועדים שיקבעו מדי פעם בפעם על ידי המוסד לביטוח לאומי.

מוסכם עלינו האמור בבקשה זו וכן ידוע ומוסכם כי בקשה זו תקפה גם לאחר חידוש תוקף הכרטיס ו/או הנפקת כרטיס שנישא מספר אחר, כל עוד לא התקבלה הודעת ביטול או שינוי באופן תשלום המקדמות ובכפוף לאישור חברת האשראי.

חתימת בעל/ת הכרטיס: _____ חתימת המבוטח/ת: _____ תאריך: _____

העתק למבוטח



הוראה לחיוב חשבון באמצעות כרטיס אשראי

א. פרטי מבוטח/ת החייב/ת בתשלום מקדמות דמי הביטוח

_____										שם פרטי	
_____										שם משפחה	
מבקש/ת בזאת לחייב בגין מקדמות בדמי ביטוח לאומי ובדמי ביטוח בריאות בסכומים ובמועדים שיקבעו מדי פעם בפעם על ידי המוסד לביטוח לאומי, באמצעות כרטיס האשראי שפרטיו מפורטים להלן.											

שם פרטי _____ שם משפחה _____ מספר זהות ס.ב. _____

מיקוד: _____ עיר: _____

טל' בבית: _____ סלולרי: _____ טל' בעבודה: _____

מס' כרטיס לחיוב _____

תוקף הכרטיס _____

שנה _____ חודש _____

סוג הכרטיס: ישראלכרט ויזה לאומי קארד אמריקן אקספרס דינרס קלאב

נותן/ת לכם בזה אישור לחיוב באמצעות כרטיס האשראי בגין מקדמות בדמי ביטוח לאומי ובדמי ביטוח בריאות בסכומים ובמועדים שיקבעו מדי פעם בפעם על ידי המוסד לביטוח לאומי.

ב. פרטי בעל/ת כרטיס האשראי:

שם פרטי _____ שם משפחה _____ מספר זהות ס.ב. _____

מיקוד: _____ עיר: _____

טל' בבית: _____ סלולרי: _____ טל' בעבודה: _____

מס' כרטיס לחיוב _____

תוקף הכרטיס _____

שנה _____ חודש _____

סוג הכרטיס: ישראלכרט ויזה לאומי קארד אמריקן אקספרס דינרס קלאב

נותן/ת לכם בזה אישור לחיוב באמצעות כרטיס האשראי בגין מקדמות בדמי ביטוח לאומי ובדמי ביטוח בריאות בסכומים ובמועדים שיקבעו מדי פעם בפעם על ידי המוסד לביטוח לאומי.

מוסכם עלינו האמור בבקשה זו וכן ידוע ומוסכם כי בקשה זו תקפה גם לאחר חידוש תוקף הכרטיס ו/או הנפקת כרטיס שנישא מספר אחר, כל עוד לא התקבלה הודעת ביטול או שינוי באופן תשלום המקדמות ובכפוף לאישור חברת האשראי.

חתימת בעל/ת הכרטיס: _____ חתימת המבוטח/ת: _____ תאריך: _____