



___/___/___

לכבוד

מח' לרישום ומידע רפואי

פרטי בעל הכרטיס:

משפחה: _____ שם: _____ תעודת זהות: _____

הנני מאשר גביה טלפונית בכרטיס אשראי:

ויזה / דינרס / ישרכארט / אמריקן אקספרס

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

תוקף: _____ / _____

3 ספרות אחרונות בגב הכרטיס CVV _____

במידה וכרטיס אמריקן אקספרס – 4 ספרות בקדמת הכרטיס

סכום העסקה: _____ נה תשלום עבור מטופל ת.ז: _____

נא לסמן את סוג העסקה המבוקש:

(במידה ולא סומן דבר העסקה תתבצע בתשלום אחד רגיל).

• רגיל.

• תשלומים:

הנני מצהיר כי הכרטיס הנ"ל על שמי חתימה: _____

כתובת למשלוח הקבלה: _____

טל' נייד: _____ טל' בבית: _____

יש להחזיר לפקס מס': 04-7773207 טל' לבירורים: 04-7772874

חובה לצרף צילום תעודת זהות /רישיון נהיגה/ דרכון של בעל הכרטיס החתום לעיל!!!!

ספח ללא צילום תעודת זהות לא יחויב!!!!