



# הוראה לחיוב חשבון באמצעות כרטיס אשראי גבייה מלא שכירים

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

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

מספר זהות ס.ב.

01	דפים	סוג	30	המסמך
----	------	-----	----	-------

שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_

מבקש/ת בזאת לחייב את חשבוני בסניפכם בגין מקדמות בדמי ביטוח לאומי ובדמי ביטוח בריאות ו/או חיוב על פי הסדר תשלומים בסכומים ובמועדים שיקבעו מדי פעם בפעם על ידי המוסד לביטוח לאומי, באמצעות כרטיס האשראי שפרטיו מפורטים להלן.

## ב. פרטי בעל/ת כרטיס האשראי:

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

מספר זהות

שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ עיר: \_\_\_\_\_ מיקוד: \_\_\_\_\_

טל' בבית: \_\_\_\_\_ סלולרי: \_\_\_\_\_ טל' בעבודה: \_\_\_\_\_

אני מאשר/ת קבלת הודעות SMS

מס' כרטיס לחיוב \_\_\_\_\_ תוקף הכרטיס \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_

סוג הכרטיס:  ישראכרט  ויזה  לאומי קארד  אמריקן אקספרס  דינרס קלאב

נותן/ת לכם בזה אישור לחיוב באמצעות כרטיס האשראי בגין מקדמות בדמי ביטוח לאומי בריאות ו/או חיובים על פי הסדר תשלומים 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 שיישא 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: \_\_\_\_\_