המוסד לביטוח לאומי

הוראה לחיוב חשבון באמצעות כרטיס אשראי
גבייה מלא שכירים

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

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.

מספר זהות _____ ס.ב

סוג המסמך 01 דפים 30

ב. פרטי בעל/ת כרטיס האשראי:

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

כתובת: _____ עיר: _____ מיקוד: _____

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

❑ אני מאשר/ת קבלת הודעות SMS

מס' כרטיס לחיוב _____ תוקף הכרטיס חודש _____ שנה _____

סוג הכרטיס: ❑ ישראכרט ❑ ויזה ❑ לאומי קארד ❑ אמריקן אקספרס ❑ דיינרס קלאב

נותן/ת לכם בזה אישור לחיוב באמצעות כרטיס האשראי בגין מקדמות בדמי ביטוח לאומי ביטוח 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: _____

ב/6124(03.11) DN-101025-040787 אורדע פרינט