

# בקשה להחלפת הרשאה לחיוב חשבון

מס' תעודת זהות: \_\_\_\_\_ שם הלקוח: \_\_\_\_\_  
פרטי ההרשאה הקיימת אצלכם:

בנק / סוג כרטיס: \_\_\_\_\_ מס' סניף בנק: \_\_\_\_\_  
מס' חשבון הבנק / מס' כרטיס אשראי (4 ספרות אחרונות): \_\_\_\_\_

יש לשנות את פרטי ההרשאה לחיוב חשבון. ידוע לי כי השינוי יופעל על כל תכולת ההרשאה הקודמת.

פרטי ההרשאה החדשה: כרטיס אשראי - יש למלא את הפרטים בחלק א'

חשבון בנק - יש למלא את הפרטים בחלק ב', נא להחתיים את הבנק ולשלוח לפקס 03-6948181

במידה וקיימת יתרת חוב בהרשאה הקודמת, ניתן לפרוס בהרשאה החדשה לפי החלוקה הבאה:

מ- 200 ש"ח עד 700 ש"ח - עד שלושה תשלומים. מ- 700 ש"ח ומעלה - עד חמישה תשלומים.

בהתאם לגובה חובך אנא ציין את מס' התשלומים המבוקשים: \_\_\_\_\_.

(בקשות לפריסה החורגת ממס' התשלומים המוצע, יפרסו אוטומטית למקסימום התשלומים כמצויין מעלה).

**לידיעתך -** בפריסה בחשבון בנק ההרשאה תופעל בסיום תשלומי החוב.

## תשלום באמצעות הוראה לחיוב חשבון בכרטיס אשראי - חלק א'

הבוחר באפשרות זו פטור מחתימה על הוראה לחיוב חשבון בנק

סוג הכרטיס:  דינרס קלאב  ישרכרט  ויזה כאל  אמריקן אקספרס  לאומי קארד  אחר \_\_\_\_\_

חודש	שנה	מס' כרטיס
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

א. שובר זה נחתם על ידי בלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה על ידי הרשאה לכללית להעביר למנפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת לפי שיפורט למנפיקה.

ב. הרשאה זו תפקע בהודעה לכללית.

ג. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק וישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמשפרו נקוב בשובר זה.

שם בעל הכרטיס: \_\_\_\_\_ מס' תעודת זהות: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ חתימת בעל הכרטיס: \_\_\_\_\_

אבקש לקבל הודעת SMS לטלפון מספר: \_\_\_\_\_ בסיום הטיפול בבקשתי.

נא למלא את הפרטים, לחתום במקומות המסומנים ולהעביר את הטופס אלינו:

מסירה  
במשרדי מרפאתכם



בדואר:

שירותי בריאות כללית  
ת.ד. 16250 תל אביב 6116201  
לידי: מחלקת גבייה מלקוחות



לפקס:

03-6948181  
gviafax@clalit.org.il

