

תאריך: \_\_\_\_\_

חתיבה: \_\_\_\_\_

**טופס תשלום דמי חבר באמצעות כרטיס אשראי**

**פרטי בעל הכרטיס**

שם פרטי \_\_\_\_\_ משפחה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_ טל' \_\_\_\_\_ נייד \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

סוג כרטיס אשראי:  ויזה  ישראלכרט/מסטרכרד  אמריקן אקספרס  דיינרס

מס' כרטיס אשראי: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

תוקף הכרטיס: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

שנה חודש

תשלום עבור: חברות בהסתדרות לאומית ואחדות מבית ההסתדרות לאומית

חברות מ- \_\_\_\_\_ עד להודעת ביטול החברות בכתב סכום חודשי 30X ₪

**לכבוד**

**הסתדרות העובדים הלאומית**

- אני הח"מ נותן לכם בזה הרשאה קבועה לחייב את חשבוני הנ"ל מידי חודש, באמצעות כרטיס האשראי אשר פרטיו מצוינים לעיל, בסכומים שאני חב או אחוב לכם בקשר לדמי החבר והשירותים אשר יינתנו על-ידכם. החיוב כאמור יבוצע על ידכם במתן הודעות לחברות האשראי.
- כל חיוב שיעשה בהתאם להרשאה זו, ייחשב כנעשה בידיעתי המלאה.
- הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק לי ע"י חברת האשראי ואשר ישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס אשר מספרו נקוב לעיל.
- קבלה שנתית תשלח בדואר לאתר אישור חברת האשראי וחיוב התשלום.

חתימת בעל כרטיס אשראי \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

לפי הרשאה טלפונית: חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

**\*\* יש לשלוח את הטופס לפקס מס' 08-9523817 או 153-50-7420695 לאישור ביצוע התשלום והשלמת ביצוע העסקה.**

**למילוי ע"י מבצע העסקה:**

שם \_\_\_\_\_ משפחה \_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_