



תאריך _____

חינוך גני ילדים

שימו לב!

ניתן לחסוך בזמן ולפקס או לשלוח במיל טופס זה בהתאם לפירוט בחלקו התחתון של הטופס.

הרשאה לחיוב חשבון באמצעות כרטיס אשראי

לכבוד:

מועצה מקומית קרית עקרון

אני הח"מ, שם _____ ת.ז. _____
כתובת: _____ יישוב: _____
טל: _____ נייד: _____

נותן בזה למועצה הקומית קרית עקרון, הרשאה קבועה לחייב את חשבוני/נו באמצעות כרטיס אשראי שפרטיו מפורטים להלן, בגין הזנה/ביטוח תאונות /תשלום חובה ריתמוסיקה/סל תרבות /קרן קרב בסכומים ובמועדים שיקבעו ע"י המועצה המקומית קריית עקרון ובתנאים הבאים:
א. ידוע לי כי חיוב חשבוני בבנק יבוצע עפ"י ההסדר שלי עם חברת האשראי.

ב. חיוב כרטיס האשראי שברשותי יתבצע כל עוד הכרטיס בתוקף ובאין התנגדות חברת האשראי לביצוע התשלום.

ג. ידוע לי כי החיוב יתבצע כל עוד לא אמסור למועצה המקומית קרית עקרון הודעה **בכתב** על ביטול הוראת הקבע בכרטיס האשראי, וכל עוד הודעת הביטול התקבלה במחלק הגבייה 5 ימים לפחות לפני המועד האחרון לתשלום.

ד. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס אשראי שיונפק ויישא מספר אחר כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בטופס זה.

פרטי הילד/ה:

שם ילד/ה _____ ת.ז. ילד/ה _____
שם ילד/ה _____ ת.ז. ילד/ה _____

פרטי כרטיס האשראי:

מס. כרטיס _____
תוקף _____ שם בעל הכרטיס _____ ת.ז. ח.פ בעל הכרטיס _____

C.V.V _____

חברת אשראי: ישראלכרט ויזה דיינרס אמ. אקספרס לאומי כארד

תאריך _____

חתימת בעלי הכרטיס _____

שם בעלי הכרטיס _____

מח' הגבייה : 08-6228840-1-2 פקס : 08-9353522
מען למכתבים : המועצה המקומית, הרצל 44 קרית עקרון 7692000