



המוסד לביטוח לאומי
גביה מלא שכירים

הוראה לחיוב חשבון באמצעות כרטיס אשראי

סניף _____

מקור

פרטי המבוטח	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	דפים	סוג מסמך
כתובת המבוטח	טלפון קווי	טלפון נייד	טלפון בעבודה	מיקוד	רחוב / תא דואר
פרטי בעל הכרטיס	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	תוקף הכרטיס	שנה
פרטי כרטיס אשראי	מספר כרטיס אשראי <input type="checkbox"/> שוג כרטיס: <input type="checkbox"/> ישראלכרט <input type="checkbox"/> ויזה <input type="checkbox"/> לאומי קארד <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס <input type="checkbox"/> דינרס קלאב נותן לכם בזה אישור לחיוב באמצעות כרטיס האשראי בגין מקדמות בדמי ביטוח לאומי ובדמי ביטוח בריאות 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. תאריך _____ חתימת בעל הכרטיס _____ חתימת המבוטח _____				



המוסד לביטוח לאומי
גביה מלא שכירים

העתק למבוטח

פרטי מבוטח	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	דפים	סוג מסמך
כתובת מבוטח	טלפון קווי	טלפון נייד	טלפון בעבודה	מיקוד	רחוב / תא דואר
פרטי בעל הכרטיס	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	תוקף הכרטיס	שנה
פרטי כרטיס אשראי	מספר כרטיס אשראי <input type="checkbox"/> שוג כרטיס: <input type="checkbox"/> ישראלכרט <input type="checkbox"/> ויזה <input type="checkbox"/> לאומי קארד <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס <input type="checkbox"/> דינרס קלאב נותן לכם בזה אישור לחיוב באמצעות כרטיס האשראי בגין מקדמות בדמי ביטוח לאומי ובדמי ביטוח בריאות 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. תאריך _____ חתימת בעל הכרטיס _____ חתימת המבוטח _____				