המוסד לביטוח לאומי
מינהל הביטוח והגביה
גביה מלא שכירים

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון	
סוג המסמך	30
דפים	01

הוראה לחיוב חשבון באמצעות כרטיס אשראי

פרטי המבוטח החייב בתשלום מקדמות דמי ביטוח

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

מבקש 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

פרטי בעל כרטיס האשראי

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
0	0	

מספר כרטיס לחיוב	תוקף הכרטיס	
	חודש - שנה	

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

נותן לכם בזה אישור לחיוב באמצעות כרטיס האשראי בגין מקדמות בדמי ביטוח לאומי , ביטוח בריאות ו/או חיובים על פי הסדר תשלומים בסכומים ובמועדים שיקבעו מפעם 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
_____	_____	_____

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד