

טופס לתשלום בכרטיס אשראי

פרטי המטופל:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ ת.ז.פ: _____

פרטי החשבונית:

| | | | |
|--|----------|--|------------------------|
| | ת.ז.ח.פ: | | שם לרשום על החשבונית: |
| | | | כתובת למשלוח החשבונית: |

פרטי בעל כרטיס האשראי:

| | | | |
|----|----------|------------|-----------|
| שם | שם משפחה | תעודת זהות | מס' טלפון |
| | | | |

פרטי כרטיס האשראי:

| | |
|-------|--------------------------|
| | חברת אשראי*: |
| | מס' כרטיס האשראי: |
| תוקף: | / שלוש ספרות בגב הכרטיס: |

***לא ניתן לשלם בכרטיס דיינרס**

פרטי התשלום:

| | |
|--|----------|
| | סכום: |
| כן / לא במידה וכן מספר התשלומים הרצוי: _____ | תשלומים: |

- ניתן לשלם בתשלומים רק כאשר כל תשלום אינו יורד מ- 450 ₪