עזר מציון ע"ר
מערך תמיכה רפואית

בתאריך 2 במאי.

שותפים לחלום

תרומה חודשית

הנכם רשאים לחייב את חשבוני (כמפורט להלן) על פי כתב ההרשאה המפורט מטה,

מידי חודש בסך: ☐ 54 ש"ח ☐ 72 ש"ח ☐ 108 ש"ח ☐ 180 ש"ח ☐ אחר _____

במילים _____

ברור לכם כי תרומה חודשית זו ניתנת לביטול או שינוי בכל עת ואינכם רשאים למשוך כספים מעבר לסכום האמור.

משפחה _____ שם _____ תאריך לידה ____/____/____

מס. זהות _____ רחוב _____ מספר _____ עיר _____

מיקוד _____ טלפון _____ דוא"ל: _____ @ _____

בנק _____ סניף _____ מס' חשבון _____ תאריך חיוב: ☐ 5 ☐ 10 ☐ 20

תאריך ____/____/____ חתימת בעלי החשבון x _____

"עזר מציון", מתחייב בזה שלא למשוך כספים מעבר לסכומים המאושרים.
חנניה צ'ולק, יו"ר.
התרומה מוכרת לפי מס' 46 לפקודה, מס. תיק במס הכנסה 580079978

כרטיס אשראי

מספר כרטיס אשראי ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ בתוקף עד ☐☐ ☐☐

חתימה x _____

לכבוד

בנק _____

סניף _____(____) **("הבנק")**

☐ הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.
או: הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות:
☐ תקרת סכום החיוב - ש"ח. ☐ מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום

לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

מספר חשבון בבנק	סוג חשבון	סניף	בנק

קוד המוסד (המוטב)	אסמכתא/מס מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)
20973	
שם המוסד (המוטב):	**עזר מציון**

אם יישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.

1. אנו הח"מ _____ מס' זהות/ ח.פ. _____ **("הלקוחות")**
שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק

מבקשים בזה להקים בחשבוננו הנ"ל **("החשבון")** הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).

2. כמו כן יחולו ההוראות הבאות:
א. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.
ב. הרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב מאתנו לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.
ג. נהיה רשאים לבטל חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ- 3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי ייעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
ד. נהיה רשאים לדרוש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיוב, אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.
ה. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.
ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
ז. אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
ח. הבנק רשאי להוציאנו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.

3. אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

חתימת הלקוחות x _____

אישור הבנק

לכבוד
"עזר מציון"(ע"ר)
רבינוב 5 בני ברק
ת.ד. 2709 בני ברק

מספר חשבון בבנק	סוג חשבון	קוד מסלקה	
		סניף	בנק

קוד המוסד	אסמכתא (למילוי ע"י המשרד בלבד)
20973	

קבלנו הוראות מ-_____לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי שתציגו לנו מידי פעם בפעם ואשר מס' חשבונו/נם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה.
רשמנו לפנינו את ההוראות ונפעל בהתאם כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת. כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען. כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על ידי בעל/י החשבון, או כל עוד לא הוצא/ו בעל/י החשבון מן ההסדר.
אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על ידכם.

בכבוד רב, בנק: _____

תאריך: _____ **סניף:** _____

EZER MIZION Jacob Fried Building
5 Harav Rabinov St. P.O.B. 2709 Bnei Brak 51563, Israel
ezer@ami.org.il
www.ami.org.il
Tel. 03-6144444 .טל
Fax. 03-6144445 .פקס
עזר מציון - המרכז הארצי ע"ש יעקב פריד
רח' הרב רבינוב 5 ת.ד. 2709, בני ברק 51563