

טופס הצטרפות למועדון "יחד"

הטופס מיועד לרופאים בלבד!

להחלפת כרטיס אשראי קיים לכרטיס "יחד", יש למלא חלק א'
להזמנת כרטיס אשראי נוסף או חדש "יחד", יש למלא חלק ב'

חלק א' - בקשה להחלפת כרטיס אשראי קיים לכרטיס "יחד".

אני הח"מ מחזיק כרטיס אשראי ומבקש להחליף אותו לכרטיס אשראי בשיתוף מועדון "יחד"

ד"ר בן/בת זוג ילד/ה (מעל גיל 18)

שם משפחה _____ שם פרטי _____ ת.ז. _____

ת.ז. של הרופא במשפחה _____

טלפון _____ כתובת _____

מספר כרטיס אשראי _____

חברת כרטיס אשראי _____ תוקף _____ מקומי בינלאומי זהב פלטיניום

בנק _____

יש למלא את הטופס ולשלוח למועדון "יחד" לפקס: 03-6121086

חלק ב' - בקשה להנפקת כרטיס אשראי נוסף/חדש

אני הח"מ מבקש להזמין כרטיס אשראי בשיתוף מועדון "יחד"

ד"ר בן/בת זוג ילד/ה (מעל גיל 18)

שם משפחה _____ שם פרטי _____ ת.ז. _____

ת.ז. של הרופא במשפחה _____

Surname _____ Name _____

תאריך לידה _____ מין: זכר נקבה

כתובת _____

טלפון בבית _____ טלפון בעבודה _____

פרטי חשבון הבנק:

בנק _____ מס' סניף _____ מס' חשבון _____

כרטיס האשראי המבוקש:

ויזה של Cal דינרס של Cal ישראלכרט אמריקן אקספרס לאומי קארד מקומי בינלאומי זהב פלטיניום

מילוי חלק ב' של בקשת הצטרפות מהווה תחילתו של תהליך הנפקת כרטיס אשראי אשר במסגרתו תופנה לסניף הבנק בו פתנהל חשבונו לשם המשך התהליך.

אני הח"מ _____ (שם מלא של המבקש) מבקש להצטרף כחבר למועדון "יחד" המשותף לחברת "יחד" בע"מ (להלן "יחד") ולחברת כרטיס האשראי (Cal, לאומי קארד, תשלובת ישראלכרט ואמריקן אקספרס). אני מאשר ל"יחד" באמצעות חב' האשראי ולבנק שהנפיק לי את כרטיס האשראי (להלן "הבנק") להעביר ביניהם כל סידע הרלוונטי לחברותי במועדון ולהיותי מחזיק בכרטיס אשראי, ידוע לי כי הנפקת כרטיס החבר כפופה לאישורה של חברת האשראי הרלוונטית (Cal, לאומי קארד, תשלובת ישראלכרט ואמריקן אקספרס) ושל הבנק, ומסירתו מותנית בחתימתי על המסמכים הנלווים כפי שיידרש ע"י חברת האשראי הרלוונטית (Cal, לאומי קארד, תשלובת ישראלכרט ואמריקן אקספרס) ידוע לי שבכל הנוגע לטיב היחסים ביני כמחזיק בכרטיס המועדון ובין חברת האשראי הרלוונטית (Cal, לאומי קארד, תשלובת ישראלכרט ואמריקן אקספרס) דינם דין יחסים אלה כדון יחסים שבין חברת האשראי הרלוונטית (Cal, לאומי קארד, תשלובת ישראלכרט ואמריקן אקספרס) ובין כל מחזיק בכרטיס אשראי מאותו הסוג.

_____ תחמה _____ תאריך _____

מועדון "יחד" מועדון צרכנות לרופאים בע"מ

בית אבגד, רח' ז'בוטינסקי 5, ת.ד. 19, רמת גן, מיקוד 52520, טלפון (רב קווי) 03-6138406, פקס: 03-6121086

יש למלא ולשלוח בפקס, בדואר או באי-מייל

כתובת האתר שלנו: www.yahadclub.co.il

E-mail: smadi@yahadclub.co.il