



לשימוש פנימי בלבד

ברור מס': _____
תאריך: _____

לכבוד חברת אמריקן אקספרס - מחלקת בתי עסק, bo-bitul@isracard.co.il

בקשה לאיפוס זיכוי באמצעות כרטיס אשראי אמריקן אקספרס

פרטי העסקה:

שם בית העסק: _____

מספר ספק: _____

מס' כרטיס אשראי: _____

שם הלקוח: _____

תאריך עסקה: _____

סכום העסקה: ש"ח / \$ _____

אבקש לאפס את הזיכוי לעסקה הנ"ל שעודכן בתאריך _____
בכל פניה לחברתנו נבקשכם לציין:

שם מטפל _____ ומס' טלפון לברורים _____

הערות _____

המסמך תקף אך ורק כאשר הוא נושא חותמת וחתמת בית העסק

חותמת וחתמת בית העסק _____

פרימיום אקספרס בע"מ, רח' בר כוכבא 12, ת.ד. 2025 בני ברק 5112001
Premium Express Ltd., 12 Bar Kochva st., Tel Aviv 5112001, P.O.B 2025, Israel Tel: 972-3-6364455

