



תאריך: _____

בקשת בית עסק לביטול זיכוי

פרטי העסקה: (שדות המסומנים ב * הינם שדות חובה)

שם ומשפחה: _____ מס ת.ז.: _____

* מס' כרטיס אשראי: _____

* שם בית העסק: _____ מס' בית עסק: _____

* תאריך העסקה: _____
שנה חודש יום

* סכום העסקה: _____
אג' ש"ח נה / \$

שם מטפל: _____ מס' טלפון לבירורים: _____ מס' פקס: _____

הערות: _____

לתשומת לבך:

- חובה למלא את כל הפרטים בטופס ולשלוח לפקס מס' 03-6895538
- יש לצרף אישור לקוח לחיוב העסקה.
- המסמך תקף אך ורק כאשר הוא נושא חתימה וחותמת בית העסק

חתימה וחותמת בית עסק: _____