



טנ-23-03

הוראת קבע לתשלום בדיקות מעבדה

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם

א. הוראה לתשלום לחיוב כרטיסי אשראי עבור סל בדיקות המעבדה

שם הלקוח _____	ת.ז./ח.פ. _____
לביצוע בדיקות מעבדה ע"ש הלקוח	
תאריך _____	חתימת המשלם _____

ב. הוראות בעל כרטיס האשראי

כרטיס אשראי מסוג ויזה ישראלכרט דינרס לאומי קארד מסטרקארד

שם בעל הכרטיס												ת.ז.	
רחוב				מס'				ישוב				מיקוד	
טלפון בבית				טלפון עבודה				טלפון נייד					
מספר הכרטיס												תוקף הכרטיס	
- - - - -												- - - - -	
מספר CVV (3 ספרות בגב הכרטיס)													

אני הח"מ נותן לכם בזאת הרשאה לחייב את החשבון כמשמעותו בתנאי הצטרפות להסדר כרטיס האשראי, בסכום שיהיה נקוב בחיובים שיומצאו לי ע"י המועצה לענף החלב בישראל ואשר מספר כרטיסי האשראי שלי יהיה נקוב בהם. הוראה זו נחתמה על ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם.

הואיל וניתנה על ידי הרשאה למועצה להעביר למנפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת, כפי שתפרט המועצה לענף החלב למנפיקה. סכומי החיובים ומועדיהם יקבעו על ידי המועצה לענף החלב על פי תנאי התשלום של המועצה לענף החלב בישראל. הרשאה זו תפקע בהודעה שלי למועצה לענף החלב.

תאריך _____ חתימת בעל הכרטיס _____

נייד - בעל הכרטיס _____

המועצה לענף החלב בישראל - ייצור ושיווק (חל"צ)

המערך הארצי לבריאות העטין ואיכות החלב (מאל"ה):

ת.ד. 3553 פארק תעשייה קיסריה 3088900

טל: 04-6274477, פקס: 04-6274242

maale@milk.org.il

משרד:

דרך החורש 4, יהוד

ת.ד. 97, יהוד, מיקוד: 5610002

טל: 03-9564750, פקס: 03-9564766

office@milk.org.il

www.milk.org.il



ISIRAC
הרשות הלאומית
להסמכת מעבדות
ISO/IEC 17025
מס. 149



מכון החקנים הישראלי