



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: \_\_\_\_\_