



ארגון הרופאים הוטרינרים ברשויות המקומיות
Organization of Municipal Veterinarians Israel

לכבוד
ארגון הרופאים הוטרינריים
ברשויות המקומיות בישראל

בקשה להצטרפות/חידוש חברות לארגון

אני הח"מ ד"ר _____ מס' רישיון וטרינרי _____
מקום העבודה _____ תפקיד _____ ☐ פעיל ☐ פנסיונר
טל' בעבודה _____ טל' נייד _____ פקס _____
דוא"ל _____ כתובת פרטית _____
מבקש בזאת להצטרף ולהיות חבר בארגון הרופאים הוטרינריים ברשויות המקומיות בישראל.
תאריך _____ חתימה _____

הוראת קבע לתשלום באמצעות כרטיס אשראי

- אני הח"מ נותן לארגון הרופאים הוטרינריים ברשויות המקומיות בישראל הרשאה לחייב את הכרטיס אשראי שלי, אשר פרטיו מצויינים להלן, בסכומים אותם יהיה עלי לשלם במועדים המקובלים בגין רכישותיי/ התחייבויותיי וכו'. החיוב כאמור יבוצע ע"י העברת הוראת התשלום על ידכם לחברת האשראי (המנפיק) בסמוך למועד התשלום כפי שיקבע על ידכם בכפוף להוראות הדין.
 - כל חיוב שייעשה בהתאם להרשאה זו יחשב כנעשה בידיעתי המלאה.
 - שובר זה נחתם על ידי, מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם הואיל וניתנה על ידי הרשאה לספק להעביר חיובים למנפיקת הכרטיס מעת לעת כפי שיפרט הספק למנפיקה.
 - הרשאה זו תפקע בהודעה לספק. ידוע לי כי אוכל לבטל הוראה זו ע"י העברת הודעה בכתב אליכם וכי הודעתי תיכנס לתוקפה בתוך 30 יום מעת קבלתה על ידכם וכי לא תחול על חיובים שנעשו קודם למועד כניסת הודעתי לתוקף. כמו כן ידוע לי כי ביטול הוראה זו מותנה וכפוף להסכמים בינינו וכי אם הותנתה ההתקשרות לפרק זמן מינימאלי הודעת הביטול תיכנס לתוקף רק בתום תקופת ההתקשרות המוסכמת.
 - הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שהונפק וישא מספר אחר כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בטופס זה.
 - ידוע לי כי חיוב הכרטיס יימשך כל עוד לא תודיע לכם חברת האשראי אחרת.
- במקרה של הודעת חברת האשראי על אי כיבוד הכרטיס אני נוטל על עצמי את התחייבות לעדכן אתכם בכרטיס חלופי ולפרוע את כל התשלומים במועדם.

מספר כרטיס	
תוקף	
סוג הכרטיס	
קוד אימות הכרטיס (cvv2)	
שם בעל הכרטיס	
תעודת זהות	
חתימה	

החלטת ועד הארגון: _____

ניתנה בתאריך _____ חתימת נציג הוועד _____

טל' : 048236566 פקס' : 048237754 דואר אלקטרוני : yairw@haifa.muni.il