



תשלובת ישראל



שם המבוטח	מס' ת.ז./ח.פ.	נייד	טלפון	פקס
<p>מספר פוליסה: _____</p> <p>כתובת: ישוב _____ רחוב _____ מס' בית _____ מיקוד _____</p> <p>Email _____</p>				
<p>שם בעל הכרטיס _____ ת.ז. _____</p> <p>מס. כרטיס האשראי _____</p> <p>תאריך סיום תוקף כרטיס האשראי _____</p> <p>סכום לתשלום: ש"ח, ב - _____ תשלומים _____</p> <p>_____ תאריך _____ חתימת מחזיק הכרטיס</p>	<p>_____</p>			
	<p>_____</p>			
	<p>_____</p>			