



תאריך: _____

הסכם העברות באמצעות הארגון לספקים

שם הספק:		איש קשר:	
מספר עוסק מורשה:			
כתובת:		מיקוד:	
מספר טלפון:		מספר פקס:	
טלפון נייד:		מייל:	
תחום עיסוק:			
תנאי תשלום: שוטף + _____			
עמלת ארגון: 1%			
חשבון בנק: בנק		סניף ח-ן	
ניכוי מס במקור:		תוקף אישור ניכוי במקור:	

הערות:

יש לצרף אישור של הבנק על ניהול החשבון או צילום צ'ק קריא וברור.

יש לצרף אישור ניכוי מס במקור בתוקף.

א ר ג ו ן

ס פ ק