



מס' זהות									
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
סוג		דפים		המסמך		סוג		דפים	
1		3							

לכבוד

המוסד לביטוח לאומי

מחלקת גבייה מלא-שכירים

סניף _____

א.ג.נ.,

הנדון: הוראה לביטול חיוב עפ"י הרשאה

פרטי המבוטח:

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
_____	_____	_ _ _ _ _ _ _ _ _

פרטי בעל החשבון*:

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
_____	_____	_ _ _ _ _ _ _ _ _

* חובה למלא כאשר בעל החשבון או בעל כרטיס האשראי אינו המבוטח

כתובת המבוטח:

רחוב	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
_____	_____	_____	_____	_____	_____

מבטל/ת בזה את ההוראה לחיוב:

א. חשבון בנק

שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מספר הסניף	מספר החשבון
_____	_____	_____	_____

ב. כרטיס אשראי

סוג הכרטיס: ישראלכרט ויזה כ.א.ל לאומי קארד אמריקן אקספרס דיינרס קלאב

תאריך: _____ חתימת בעל החשבון: _____