

לכבוד: ארגון הבריאות תקוה לחיים

בפקס: 04-9040617

ברצוני לתרום לארגון הבריאות תקוה לחיים – מרכז תמיכה וסיוע לילדים חולי סרטן

תאריך:

שם משפחה ושם פרטי: [בעל הכרטיס]

מיקוד

עיר

כתובת: רחוב ומספר

טלפון נוסף/פקס:

טלפון נייד:

טלפון בית:

כתובת דוא"ל Email:

סוג כרטיס:

מספר כרטיס אשראי: (משמאל לימין)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

חודש עונה תוקף כרטיס:

--	--	--	--	--	--

מספר ת.ז. [בעל הכרטיס]:

סכום חיוב

מ. חיובים

סך התרומה

תורם: פרטי עסק

הערות: