



לקוח יקר,
1. אנא אשר קבלת טופס ההזמנה במייל או פקס
2. ההזמנה תאושר בכפוף למלאי הקיים
3. אספקת המשלוחים בכפוף להסדרת תשלום מראש
4. לא ניתן להחזיר או/ו להזכות על משלוחים שסופקו
5. לקוח שמתנה את התשלום במשלוח דרישת תשלום,
אנא ציין מראש במעמד ההזמנה

לכבוד: אירית שהרבני
 עמותת "ילדים שלנו" במרכז שניידר
 רח' קפלן 14, פתח תקווה 4920235
 טלפון: 03-9217880 שלוחה 209
 03-9247898 פקס: 03-9210885
 מייל: Irit@ourchildren.org.il

הנדון: טופס הזמנת משלוחי מנות לפורים 2019 מס' הזמנה (פנימי):

פרטי המזמיין

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____
 שם חברה/מוסד חינוכי: _____
 טלפון: _____ נייד: _____
 פקס: _____ דוא"ל: _____ @ _____
 כתובת: _____ עיר: _____ מיקוד: _____

פירוט ההזמנה - משלוחי מנות

- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------------|--------|-------|----------|--------------|---------|
| <input type="checkbox"/> | תיבת אוצר – פרווה בד"צ | 12 ע"ל | כמות: | _____ יח | סה"כ לתשלום: | _____ ₪ |
| <input type="checkbox"/> | בוקר מתוק בכוס | 35 ע"ל | כמות: | _____ יח | סה"כ לתשלום: | _____ ₪ |
| <input type="checkbox"/> | צידנית אישית | 55 ע"ל | כמות: | _____ יח | סה"כ לתשלום: | _____ ₪ |
| <input type="checkbox"/> | מארז ליצן מהודר | 55 ע"ל | כמות: | _____ יח | סה"כ לתשלום: | _____ ₪ |
| <input type="checkbox"/> | מארז מפנק עם ספר "השוקולד שלי" | 80 ע"ל | כמות: | _____ יח | סה"כ לתשלום: | _____ ₪ |
| <input type="checkbox"/> | סה"כ כמות מארזים: | _____ | כמות: | _____ יח | סה"כ לתשלום: | _____ ₪ |

אספקה* בהתאם למינימום כמות יחידות להזמנה* יש להסדיר את אופן האספקה מראש מול העמותה!

- בעמותת "ילדים שלנו" - ימים א'-ה', בשעות 9:00-14:00, במרכז שניידר, רח' קפלן 14 פ"ת, קומת הכניסה (3)-בתאום מראש
- משלוח לבית הלקוח – ע"פ מינימום כמויות לאספקה ובתיאום מראש! המשלוחים יסופקו לכתובת שגרשמה בפרטי ההזמנה בין השעות: 9:00-16:00 לפי זמינות חברת השילוח - יש לתאם מועד אספקה. יתכנו עיכובים.

אופן התשלום

קבלה ע"ש: _____ לכתובת: _____

- ברצוני לשלם באמצעות המחאה (לפקודת קרן ילדים שלנו) – מספר המחאה*: _____
- ברצוני לשלם באמצעות כרטיס אשראי* (נא לשלוח צילום של המחאה בעת ההזמנה לפקס: 03-9210885)

ברצוני לשלם באמצעות כרטיס אשראי

סוג: ויזה ישראלכרט מאסטרכרט דיינרס אמריקן אקספרס

מספר: _____ - _____ - _____ - _____ תוקף: _____ - _____

3 ספרות בגב: _____ שם בעל הכרטיס: _____ ת.ז.: _____

ברצוני לשלם באמצעות העברה בנקאית: חשבון מס': 146859 ♥ סניף רמת אביב ג', רח' אחימאיר 33 ת"א מספר: 568 ♥ בנק הפועלים ♥ ח.פ.: 580230472. נא ליידע את הנה"ח בהעברה: טל. 03-9217880 של' 212 ♥ מייל: child8@netvision.net.il

- * לנוחיותך, ניתן לשלם בהפקדה ישירה לחשבון הבנק של העמותה בסניף הקרוב לביתך!
- * התשלום עבור המשלוחים אינו מוכר כתרומה על פי סעיף 46 לפקודת מס הכנסה.

אישור (חברה) – ח.פ. חברה:

שם המאשר: _____ תפקידו: _____ טלפון: _____

חתימה: _____ חותמת: _____ תאריך: _____ / _____ / _____