



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

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

הנדון: טופס הזמנת מארזים לראש השנה 2021

מס' הזמנה (פנימי): _____

פרטי המזמין

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

פירוט ההזמנה -

- | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------|----------|-----------|-------|-----------|--------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | מתנות קטנות | 25..... | שם ליחידה | כמות: | יח' _____ | סה"כ לתשלום: | שם _____ |
| <input type="checkbox"/> | תות | 85..... | שם ליחידה | כמות: | יח' _____ | סה"כ לתשלום: | שם _____ |
| <input type="checkbox"/> | מארז מתוק | 90..... | שם ליחידה | כמות: | יח' _____ | סה"כ לתשלום: | שם _____ |
| <input type="checkbox"/> | הרדוף | 144..... | שם ליחידה | כמות: | יח' _____ | סה"כ לתשלום: | שם _____ |
| <input type="checkbox"/> | קופסא מהשוק | 180..... | שם ליח'. | כמות: | יח' _____ | סה"כ לתשלום: | שם _____ |
| <input type="checkbox"/> | לימון | 199..... | שם ליחידה | כמות: | יח' _____ | סה"כ לתשלום: | שם _____ |
| <input type="checkbox"/> | תיבת קסמים | 221..... | שם ליחידה | כמות: | יח' _____ | סה"כ לתשלום: | שם _____ |
| <input type="checkbox"/> | סלסלת פיקניק | 395..... | שם ליחידה | כמות: | יח' _____ | סה"כ לתשלום: | שם _____ |

סה"כ כמות מארזים: _____ יח' _____ סה"כ לתשלום: _____ שם _____

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

משלוח לבית הלקוח כרוך בתשלום נוסף.

קבלה ע"ש: _____ לכתובת: _____

ברצוני לשלם באמצעות המחאה (לפקודת קרן ילדים שלנו) – מספר המחאה: *
* (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.

סופק ללקוח באמצעות:
שם מלא: _____
תאריך: _____ / _____ / _____

אישור (חברה) – ח.פ. חברה: _____
המאשר: _____ תפקידו: _____
חתימה: _____ חותמת: _____ תאריך: _____