



מו"ז מגידו, ת.ד. 90001, ד.ג. חבל מגידו
טל. 04-9598418/431 פקס. 1534-9598431
דוא"ל. account12@megido.org.il

ח.פ. 514872555

תאריך: _____

טופס פתיחת כרטיס ספק/עדכון כרטיס ספק

שם ספק: _____ טלפון: _____

ח.פ./ת.ז: _____ נייד: _____

נא לציין מעמד עוסק מורשה/עוסק פטור/חברה/ מלכ"ר

כתובת: _____ פקס: _____

דוא"ל: _____ איש קשר: _____

פרטי חשבון בנק:

בנק: _____ מספר סניף: _____

מס' חשבון: _____ כתובת הסניף: _____

החברה תעביר הודעה על העברת תשלומיה לחשבון הבנק שלכם בדואר אלקטרוני- אי לכך נבקשכם לציין את כתובת המייל ברור וקריא.

הנני מתחייבים בזה, שבמידה והופקדו בטעות כספים בחשבוננו באמצעות העברה בנקאים, להחזירם על ידנו לגזברות המועצה ללא שהות.

*חייב בניכוי דמי ביטוח לאומי(עפ"י צו סיווג מבוטחים וקביעת מעבידים): יש למלא ולחתום ע"ג טופס הצהרה 103 של המוסד לביטוח לאומי.דמי הביטוח ינוכו בהתאם לשיעורים הקבועים בחוק.

*עוסק פטור מע"מ עפ"י תקנה 6-א': יש למלא טופס הצהרה חתום.

באחריות אגף/מחלקה במועצה לדאוג לסעיפים אלה!

חתימת הספק: _____

אישור הבנק / עו"ד/ רנ"ח/ צילום שק מבוטל:

אנו החתומים מאשרים בזאת, כי חשבון הבנק המצוין לעיל הוא חשבון הבנק של החברה/ ספק בלבד, וכי החתום מעלה מוסמך לתחום בשם החברה/ הספק.

חתימת הבנק/ עו"ד/ רווח
*נא להחזיר לפקס: 04-9598400 הנה"ח