

טופס הזמנה

תאריך _____

שם החברה _____ שם מנכ"ל _____

כתובת למשלוח הכרטיסים _____

טלפון _____ נייד _____ פקס _____

איש הקשר _____ תפקיד _____

הנה"ח שם _____ טלפון _____

מייל _____

קבלה ע"ש _____

☐ דואר רגיל ☐ דואר רשום ☐ איסוף עצמי

כרטיס 700 ₪ כמות _____ סה"כ לתשלום _____

כרטיס 450 ₪ כמות _____ סה"כ לתשלום _____

כרטיס 350 ₪ כמות _____ סה"כ לתשלום _____

כרטיס 200 ₪ כמות _____ סה"כ לתשלום _____

אופן תשלום: ☐ צ'ק ☐ אשראי ☐ העברה בנקאית

כרטיס מס' _____ תוקף _____

פרטי בנק: העמותה לילדים בסיכון

בנק איגוד סניף 063 מס חשבון 23977/94 **בנק פועלים** סניף 603 מס חשבון 338684

חשוב ביותר! יש להעביר העתק מהעברה הבנקאית לאודי ריגאי: udi.rigai@netvision.net.il
לפקס מס 03-5161513 או לדוא"ל:

נא אשרו לנו את ההזמנה לפקס/דוא"ל _____

אחד העם 9 ת"א 6525101, **טל.** 03-5100297, **פקס.** 03-5161513

אישור מוסד ציבורי לעניין תרומות 58-018398-6