

איגוד ערים איזור חיפה - ביוב

מכון לטיהור שפכים

ת.ד. 3125301 חיפה 25367
טלפון: 8410681 – 04
פקס: 8421294 – 04
ח.פ. 501400022

תאריך
אע- 92

לכבוד

ספק נכבד,

טופס פרטי ספק

האיגוד הינו עוסק מורשה מס' 501400022.

נבקשכם למלא בהקדם את הפרטים בהמשך הטופס ולהחזירו לפקס מס' 8421294 - 04.
ו/או למייל: Levana@haifa-wwtp.co.il

שם החברה / שם עסק

מס' עוסק מורשה

מספר ח.פ.

מספר עוסק פטור

תיאור העיסוק

כתובת למשלוח דואר כולל מיקוד

אנשי קשר הנה"ח

מספר טלפון הנה"ח

פקס הנה"ח

דוא"ל

פרטי חשבון בנק

***** נא לצרף אישור ניהול חשבון בנק או צילום שיק מבוטל*****

תודה על שיתוף הפעולה.

בכבוד רב,

לבנה נגרי מלול
מנהלת חשבונות ספקים

לוט:
טופס בקשה להעברת כספים במסלוקה בנקאית

איגוד ערים איזור חיפה - ביוב

מכון לטיהור שפכים

ת.ד. 25367 חיפה 3125301
טלפון: 8410681 – 04
פקס: 8421294 – 04
ח.פ. 501400022

אע- 92

לכבוד
חשבות האיגוד

א.ג.נ.,

הנדון: בקשה להעברת כספים במסלוקה בנקאית

שם הספק : _____
כתובת הספק : _____
מס פקס : _____
מייל : _____
מספר ספק : _____

- נבקשכם לצרף אותנו להסדר העברת תשלומים המגיעים לנו מכסם ישירות לחשבוננו באמצעות המסלוקה הבנקאית.
- הרינו מצהירים בזה שכל תשלום שיירשם בחשבוננו המפורט להלן יחשב כאילו שולם על ידכם לידינו ממש ביום הזיכוי בבנק וכאילו אושרה קבלתו בחתימת ידינו.
- הננו מסכימים בזאת מראש כי אם יסתבר שהזיכוי היה מוטעה תהיו זכאים לדרוש את ביטולו ו/או תיקון סכומו על ידי דרישתכם אשר תופנה ישירות לבנק. הננו מסכימים בזאת מראש כי הבנק יחייב את חשבוננו כפי התיקון המבוקש על ידכם וזאת גם אם חשבוננו יהיה דביטורי או יעשה דביטורי כתוצאה מביצוע דרישתכם כאמור לעיל.
- למען הסר ספק, הננו נותנים בזאת הסכמתנו לבנק לפעול על פי הוראותיכם ללא צורך בקבלת הרשאה ו/או הסכמה נוספת מאיתנו.
- הננו מצהירים כי לא תהיה לנו ו/או לבא מכוחנו ו/או מטעמנו כל טענות ו/או תביעות כלשהן כלפי הבנק בקשר עם זיכוי חשבוננו ו/או תיקון הזיכוי ו/או ביטולו.
- כל בירור, שיהיה בו צורך כתוצאה מתשלום ו/או תיקון התשלום ו/או ביטול מתשלום אשר בוצע על ידכם כאמור לעיל יעשה על ידינו ישירות עמכם.
- הננו מתחייבים להודיעכם 30 יום מראש ובכתב בדבר שינוי בבעלות החשבון אשר פרטיו להלן.
- בקשה זו תהא בתוקף עד לביטולה על ידינו ואישורכם בכתב לקבלת הודעתנו 30 יום לפחות לפני מועד הביטול. הננו מצהירים בזאת כי אנו, הח"מ הננו בעלי החשבון אשר פרטיו להלן וכי הננו מסכימים לכל האמור לעיל.

מספר הבנק

מספר הסניף

מספר ח-ן

שם מלא של הבנק :

כתובת מלאה של הבנק :

חתימה וחותמת הספק

תאריך :

מורשי חתימה:

1. שם משפחה ופרטי

תפקיד

מס' ת.ז.

חתימה וחותמת

2. שם משפחה ופרטי

תפקיד

מס' ת.ז.

חתימה וחותמת

אישור הבנק

אנו _____ (שם הבנק ומס' סניף), מאשרים נכונות פרטי החשבון הנ"ל.

חתימה וחותמת הבנק