אורי אלבר
בריאות למרחקים ארוכים

טופס הרשמה _____

תאריך_____

<u>פרטים אישיים</u>

שם פרטי:_____שם משפחה:_____ת.ז._____

טלפון בבית: _____טלפון נייד: _____

מייל:_____@_____

כתובת: _____

<u>אמצעי תשלום</u>

מזומן:_____

מספר כרטיס אשראי: | | | | | | | | | | | | | | | | תוקף | | | | |

כרטיס אשראי: ויזה / ישראכארד / מסטרכארד / א.אקספרס / אחר: _____

שם בעל הכרטיס: _____ ת.ז.:_____

טלפון:_____

הסכום לתשלום: _____ תשלומים:_____

CW:_____

נא לרשום חשבוניות ע"ש:_____

המחאה: לפקודת 'אורי אלבר- בריאות למרחקים ארוכים' בסך _____מספר

המחאה _____מספר חשבון_____ בנק _____

סניף _____ תאריך _____

חתימה: _____