



טופס פתיחת חשבון ספק לרופא

	חברה / עוסק מורשה		שם הרופא / ה
	אישור ניהול ספרים		מ.ר
	אישור ניכוי מס		ת.ז
	איש קשר לניהול חשבונות		
	פקס		מספר טלפון
	נייד 2		נייד
מספר ספק במערכת			דוא"ל
			כתובת למשלוח דואר

פרטי חשבון בנק לביצוע העברה :

הריני מבקש שכל הכספים המגיעים לי ו/או שיגיעו לי מפעם לפעם מכם ישולמו לי באמצעות העברתם ישירות לחשבון הבנק המצוין להלן, למעט במקרים בהם קיימת מניעה משפטית לעשות כן. הריני מצהיר כי אני בעל החשבון ומורשה החתימה בו.

הריני מאשר כי כל תשלום שירשם בחשבון הבנק שלהלן יחשב כאילו שולם על ידכם לידי באותו יום בו נתתם הוראה לבנק לזכות את חשבוני, וכאילו אושרה קבלתו בחתימת ידי.

הוראה זו הינה בלתי מוגבלת בזמן ואינה ניתנת לביטול או לשינוי, אלא בהודעה שתימסר לכם על ידי בכתב, 30 יום מראש לפחות, ובכפוף לקבלת אישורכם והסכמתכם בכתב להודעה כאמור.

הנני מתחייב להודיע לכם על כל שינוי בפרטי חשבון הבנק שלהלן וידוע לי שאם לא אעשה כן אתם תמשיכו בביצוע התשלום באמצעות העברה ישירות לחשבון הבנק שלהלן ואני מוותר על כל טענה או תביעה בקשר לכך. כמו כן, הריני מוותר על כל טענה או תביעה בקשר עם ביצוע תשלום לחשבון שלהלן במקרה בו ההודעה על שינוי פרטי החשבון ניתנה לאחר שהורתם על העברת הכספים.

	שם בעל החשבון		שם הבנק
			מס' סניף
			מס חשבון

*לעניין חברות יש לצרף אישור התאגדות של החברה ואישור מורשה חתימה מאומת ע"י עו"ד .

חתימה וחותמת מורשה חתימה בחשבון :

שם + משפחה _____

תאריך: _____

חותמת: _____