

## טופס הצטרפות לשירותי סליקה פנסיונית

שם המעסיק \_\_\_\_\_  
ח"פ/ע.מ. \_\_\_\_\_  
טלפון/נייד \_\_\_\_\_  
איש קשר \_\_\_\_\_  
תפקיד \_\_\_\_\_  
דוא"ל \_\_\_\_\_

## עלות

200 ₪ דמי טיפול חודשיים + 10 ₪ לכל עובד מעל 20 עובדים.

## פרטי אשראי

☐ ויזה ☐ דיינרס ☐ ישראלכרט ☐ מאסטרקארד

מספר כרטיס \_\_\_\_\_ תוקף \_\_\_\_\_

שם בעל הכרטיס \_\_\_\_\_ ת.ז של בעל הכרטיס \_\_\_\_\_ CVV \_\_\_\_\_