



פרטים לפתיחת מוטב חדש

(1) פרטי הספק

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____
מס' תעודת זהות: _____

(2) כתובת מזוייקת למשלוח הודעות

רח' ומספר בית _____
שם הישוב _____
מיקוד _____
ת.ד. _____
מיקוד (ת"ד) _____
שם הישוב (ת"ד) _____
מס' טלפון _____
טל' נייד _____
מס' פקס' _____
כתובת דוא"ל _____

(3) פרטי חשבון הבנק אליו יועברו כל התשלומים המגיעים לספק

שם הבנק _____
מס' בנק וסניף _____
כתובת הסניף _____
ישוב _____
מס' חשבון _____
שם בעל החשבון _____



מינהל הרפואה
אגף לבריאות הנפש | המערך הקליני | המחלקה לאוטיזם
Clinical services | Department of Autism

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

אי מילוי הפרטים כנדרש, יעכב את ביצוע התשלום !!

שם המוטב

תאריך
חותמת/חתימה