

**מפעל המים כפר-סבא אגודה חקלאית שתופית בע"מ**  
**ויצמן 135 כפר-סבא 4423142**  
**טלפון: 09-7634300, פקס: 09-7673815, דוא"ל: crm@ksaba.co.il**

לכבוד \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_  
 מפעל מים כפר-סבא \_\_\_\_\_ מס. משלם: \_\_\_\_\_

שם משלם החשבון כפי שמופיע במפעל המים

שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_ נייד \_\_\_\_\_

אני החתום מטה נותן בזה למפעל מים כפר-סבא הוראה לחייב את חשבוני כמפורט להלן, בגין חיובי מים בסכומים ובמועדים שיקבעו ע"י מפעל מים כפר-סבא ובתנאים הבאים:  
 א. הודעת התשלום תשלח אלי 7 ימים לפחות לפני המועד האחרון לתשלום כפי שמצויין על גבי הודעת החיוב.

ב. ביטול הוראה זו יכנס לתוקפו יומיים לאחר מסירת הודעה בכתב או טלפונית ממני למפעל מים כפר-סבא ובתנאי ששגור הוראת התשלום של מפעל המים לחברת האשראי טרם בוצע.

ג. כמו-כן אהיה רשאי לבקש (טלפונית, פקס, בכתב) ממפעל מים כפר-סבא שלא לחייב את חשבוני בסכום מסויים וזאת על פי החלטתי.

ד. ידוע לי כי מפעל מים כפר-סבא יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.

ה. אין הנחה כלשהיא על תשלום בכרטיס אשראי.

**פרטי כרטיס האשראי:**

| ס.ב.          | ת.ז. בעל הכרטיס  | מספר כרטיס | תוקף | טלפון נייד |
|---------------|------------------|------------|------|------------|
|               |                  |            |      |            |
| שם בעל הכרטיס | כתובת בעל הכרטיס | טלפון      |      |            |
|               |                  |            |      |            |

נא לסמן במידת הצורך:

פיצול הוראת קבע ל-2 תשלומים שווים (ניכוי אחת לחודש).

חתימת בעל הכרטיס

תאריך

חתימת הפקיד