

לשימוש פנימי בלבד

ברור מס':

תאריך:

לכבוד

חברת אמריקן אקספרס - מחלקת בתי עסק, פקס מס' 03-6895538.

## בקשה לאיפוס זיכוי באמצעות כרטיס אשראי אמריקן אקספרס

### פרטי העסקה:

שם בית העסק

מספר ספק

מס' כרטיס אשראי

שם הלקוח

תאריך עסקה

סכום העסקה ש"ח / \$

אבקש לאפס את הזיכוי לעסקה הנ"ל שעודכן בתאריך

בכל פניה לחברתנו נבקשכם לציין:

שם מטפל ומס' טלפון לברורים

הערות

**\* המסמך תקף אך ורק כאשר הוא נושא חותמת וחתימת בית העסק \***

חותמת וחתימת בית העסק