



לשימוש פנימי בלבד

ברור מס': _____
תאריך: _____

לכבוד  
חברת אמריקן אקספרס - מחלקת בתי עסק, bo-bitul@isracard.co.il

## 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 וחתמת בית העסק\***

חותמת וחתמת בית העסק \_\_\_\_\_

פרימיום אקספרס בע"מ, רח' בר כוכבא 12, ת.ד. 2025 בני ברק 5112001

Premium Express Ltd., 12 Bar Kochva st., Tel Aviv 5112001, P.O.B 2025, Israel Tel: 972-3-6364455

