בס״ד

מכון פוע״ה
פוריות ורפואה על־פי ההלכה

טופס תרומה בכרטיס אשראי

נא למלא את הטופס, ולהחזיר למכון פוע״ה באימייל/ פקס/ מעטפת החזר בדואר
לחילופין, ניתן למלא טופס מקוון באתר האינטרנט המאובטח של המכון

שם בעל הכרטיס	מספר ת.ז./ ח.פ.

סוג כרטיס: ☐ ויזה ☐ דיינרס ☐ ישרכרט ☐ אמריקן אקספרס

CVV (3 ספרות בגב הכרטיס): ____

מספר כרטיס: ____ – ____ – ____ – ____

תוקף: ____

סכום לחיוב חודשי _____ ₪

בחר: ☐ מספר חיובים _____ ☐ עד להודעה חדשה

טלפון	נייד	אימייל
		@

כתובת למשלוח קבלה:

שם + משפחה	רחוב	מספר	ישוב	מיקוד	ת.ד.

תאריך _____ חתימת בעלי הכרטיס _____

רחוב עזריאל 19, גבעת שאול, ירושלים 9547735
טלפון 02-6515050 שלוחה 213
נייד 052-8881698 פקס 153-26512929
www.puah.org.il | hp@puah.org.il