



לקוח יקר,
1. אנא אשר קבלת טופס ההזמנה במייל או פקס
2. ההזמנה תאושר בכפוף למלאי הקיים
3. אספקת המשלוחים בכפוף להסדרת תשלום מראש
4. לא ניתן להחזיר או/ו להזכות על משלוחים שסופקו
5. לקוח שמתנה את התשלום במשלוח דרישת תשלום,
אנא ציין מראש במעמד ההזמנה

לכבוד: אירית שהרבני
 עמותת "ילדים שלנו" במרכז שניידר
 רח' קפלן 14, פתח תקווה 4920235
 טלפון: 03-9217880 שלוחה 209
 03-9247898 פקס: 03-9210885
 מייל: Irit@ourchildren.org.il

הנדון: טופס הזמנת משלוחי מנות לפורים 2020 מס' הזמנה (פנימי):

פרטי המזמיין

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____
 שם חברה/מוסד חינוכי: _____
 טלפון: _____ נייד: _____
 פקס: _____ דוא"ל: _____ @ _____
 כתובת: _____ עיר: _____ מיקוד: _____

פירוט ההזמנה - משלוחי מנות

- | | | | | |
|--------------------------|-----------------------|------------|-----------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | תיבת אוצר | 12 ש' ליח' | כמות: _____ יח' | סה"כ לתשלום: _____ ש' |
| <input type="checkbox"/> | תיבת אוצר - ללא גלוטן | 12 ש' ליח' | כמות: _____ יח' | סה"כ לתשלום: _____ ש' |
| <input type="checkbox"/> | תיבת אוצר - בד"צ | 12 ש' ליח' | כמות: _____ יח' | סה"כ לתשלום: _____ ש' |
| <input type="checkbox"/> | מותק של תיק | 30 ש' ליח' | כמות: _____ יח' | סה"כ לתשלום: _____ ש' |
| <input type="checkbox"/> | סל של פעם | 55 ש' ליח' | כמות: _____ יח' | סה"כ לתשלום: _____ ש' |
| <input type="checkbox"/> | לתת מכל הלב | 60 ש' ליח' | כמות: _____ יח' | סה"כ לתשלום: _____ ש' |
| | סה"כ כמות מארזים: | | כמות: _____ יח' | סה"כ לתשלום: _____ ש' |

אספקה *בהתאם למינימום כמות יחידות להזמנה *יש להסדיר את אופן האספקה מראש מול העמותה!

- בעמותת "ילדים שלנו" - ימים א'-ה', במרכז שניידר, רח' קפלן 14 פ"ת, קומת הכניסה(3) - בתאום מראש!
 משלוח לבית הלקוח - ע"פ מינימום כמויות לאספקה: תיבות אוצר-משלוח ללקוח מעל 100 יחידות. המשלוחים יסופקו לכתובת שנרשמה בפרטי המזמין בשעות: 9:00-16:00 לפי זמינות חברת השילוח - יש לתאם מועד אספקה! יתכנו עיכובים.

אופן התשלום

קבלה ע"ש: _____ לכתובת: _____
 ברצוני לשלם באמצעות המחאה (לפקודת קרן ילדים שלנו) - מספר המחאה: *
 * (נא לשלוח צילום של המחאה בעת ההזמנה לפקס: 03-9210885)

ברצוני לשלם באמצעות כרטיס אשראי

סוג: ויזה ישראל מאסטרקרד דינירס אמריקן אקספרס

מספר: _____ - _____ - _____ - _____ תוקף: _____ - _____

3 ספרות בגב: _____ שם בעל הכרטיס: _____ ת.ז.: _____

ברצוני לשלם באמצעות העברה בנקאית: חשבון מס': 146859 ♥ סניף רמת אביב ג', רח' אחימאיר 33 ת"א מספר: 568 ♥
 בנק הפועלים ♥ ח.פ.: 580230472. נא ליידע את הנה"ח בהעברה: טל. 03-9217880 של' 212 ♥ מייל: child8@netvision.net.il

* לנוחיותך, ניתן לשלם בהפקדה ישירה לחשבון הבנק של העמותה בסניף הקרוב לביתך!
 * התשלום עבור המשלוחים אינו מוכר כתרומה על פי סעיף 46 לפקודת מס הכנסה.

סופק ללקוח באמצעות:
 שם מלא: _____
 תאריך: _____ / _____ / _____

אישור (חברה) - ח.פ. חברה: _____
 המאשר: _____ תפקידו: _____
 חתימה: _____ חותמת: _____ תאריך: _____