

תאריך _____

לכבוד

קבוצת ישראלכרט בע"מ - עבור מחלקת ביטולי עסקאות – בתי עסק.
כמתפעלת ההסדר עבור ישראלכרט בע"מ, יורופיי (יורוקרד) ישראל בע"מ, פועלים אמריקן
אקספרס בע"מ, ואמינית בע"מ.

בקשה לביטול עסקה באמצעות כרטיס אשראי המתופעלים ע"י קבוצת ישראלכרט.
עסקאות ששולמו ע"י חברות מימון יבוטלו בהוראתם בלבד.

ניתן לקבל את מס' הברור באמצעות המענה הקולי לאחר 24 שעות מקבלת הפקס.

פרטי העסקה :
שם בית העסק : _____
מספר ספק : _____
מס' כרטיס אשראי : _____
שם הלקוח : _____
תאריך עסקה : _____
סכום העסקה : _____ \$ / ח"ש
אסמכתא : _____

בית עסק שים לב : אם ברצונך לבטל גם את אישור העסקה (אך ורק בביטול עסקה מלא !!!),
אנא רשום את מספר האישור כאן : _____.)

מהות הביטול:

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> עסקה רגילה | <input type="checkbox"/> נא לבטל העסקה במלואה. |
| <input type="checkbox"/> עסקת קרדיט | <input type="checkbox"/> נא לזכות חלק מהעסקה בסך _____ \$/ח"ש. |
| <input type="checkbox"/> עסקת תשלומים | <input type="checkbox"/> נא לבטל העסקה במלואה. |
| | <input type="checkbox"/> נא לזכות חלק מהעסקה בסך _____ \$/ח"ש. |
| | <input type="checkbox"/> נא לבטל יתרת התשלומים בלבד החל ממועד _____. |
| | <input type="checkbox"/> נא לזכות חלק מעסקה בסך _____ \$/ח"ש. |

| |
|---|
| נא להקפיד למלא את הפרטים הבאים על מנת שנוכל לחזור אליכם במידת הצורך: שם מטפל _____ מס' טלפון לבירורים _____ מס' פקס _____ |
|---|

הערות :
***** המסמך תקף אך ורק כאשר הוא נושא חותמת וחותימת בית העסק *****

חותמת וחותימת בית העסק
החוב בגין ביטול עסקה (שלא באמצעות P.O.S-מכשיר קורא פס מגנטי) הינו 6.9 ₪ + מ.ע.מ.

רחוב המסגר 40 תל-אביב
מס' פקס 03-6895538 (לביטולי עסקה באמצעות כרטיסים המונפקים ע"י קבוצת ישראלכרט).
מס' פקס 03-6895253 (לביטולי עסקאות באמצעות כרטיסים המונפקים ע"י חברות ויזה /
לאומיקארד ונסלקים ע"י קבוצת ישראלכרט).