



לשכת עורכי הדין בישראל
המוסד הארצי לגישור ע"ש דוד רוטלוי

לכבוד :
המוסד הארצי לגישור
ענת : anat@israelbar.org.il

הוראת תשלום עבור קורס – גירושין בשיתוף פעולה

שם _____ רשיון / ת.ז. _____

מועד: _____

כתובת _____

אי מייל: _____

אופן התשלום: רגיל (____ תשלומים) / קרדיט (____ תשלומים)

הסכום לתשלום: ₪ 1800

פרטי כרטיס האשראי

שם הכרטיס _____

שם בעל הכרטיס _____

כתובת בעל הכרטיס _____

טלפון _____

מס' תעודת זהות _____

מספר הכרטיס

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

בכרטיס מסטרכרד יש צורך ב- 3 ספרות נוספות בגב הכרטיס _____

תוקף הכרטיס _____

תאריך _____ חתימה _____