בקשה לביטול הוראת קבע

הנני מבקש בזאת לבטל את ההפקדות שהנני מפקיד באמצעות הוראת הקבע

שם עמית	מספר תעודת זהות	מספר קופת העמית	סוג קופה: השתלמות/גמל/גמל להשקעה

מס' חשבון הבנק ממנו בוצעו ההפקדות:

_____ _____ _____ _____

בנק סניף מספר חשבון עו"ש שם בעלי החשבון

החל מחודש_____ **חתימת העמית**_____ **תאריך**_____

בקשה להקפאה זמנית הוראת קבע

הנני מבקש בזאת להקפיא את ההפקדות שהנני מפקיד באמצעות הוראת הקבע

בקופת □ קרן השתלמות | □ גמל | □ גמל להשקעה

לתקופה שבין חודש החיוב:_____ ועד לחודש החיוב*:_____

*ניתן להקפיא לתקופה של מקסימום 6 חודשים

שם עמית	מספר תעודת זהות	מספר קופת העמית

מס' חשבון הבנק ממנו בוצעו ההפקדות:

_____ _____ _____ _____

בנק סניף מספר חשבון עו"ש שם בעלי החשבון

חתימת העמית_____ **תאריך**_____

רח' המנופים 8, ת.ד. 2031 הרצליה פיתוח 4612001 | טל. 09-9579000 | *3488 | פקס. 09-9542020 | gemelishi@infinity.co.il | www.infinity.co.il