

פתיחת כרטיס לקוח חדש

מנהל מכירות מטפל(לשימוש פנימי):	תאריך פתיחה:
ע.מ. / ח.פ.:	שם בית העסק:
כתובת:	
פקס:	טלפון:
דוא"ל:	סלולרי (איש קשר):
סניף:	שם הבנק:
	מס' חשבון בנק:

נא להעביר מסמך זה מלא באמצעות פקס שמספרו 09-8353307

או בדוא"ל noga@nogatools.com תודה!