

הריני מאשר בזה, כי המתנדב \_\_\_\_\_  
שם משפחה שם

ת.ז. \_\_\_\_\_ כתובת : \_\_\_\_\_

התנדב/ה לעבוד בתפקיד :

---

---

---

---

החל ביום \_\_\_\_\_ לתקופה של \_\_\_\_\_

הפניה זו ניתנה לעניין י"ג "תגמולים למתנדבים" לחוק הביטוח הלאומי  
( נוסח משולב).

התשנ"ה – 1995 ( פרק ט 2 לחוק בנוסחו הקודם) שלפיו מבוטחים מתנדבים מן הסוג הנ"ל  
בדומה לביטוח החל על נפגעי עבודה

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_