



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	מס' זהות סוג דפים
------------------------------------	-------------------------

דרישה לתשלום עבור מתן שירותי תרגום/תמלול/שקלוט (מסלול תשלום לסטודנט)

תאריך: _____

לכבוד

מחלקת שיקום

סניף _____

רצ"ב דרישת תשלום עבור שירותי תרגום/תמלול ממוחשב/תמלול ידני שבוצעו בחודש _____ :-

השירות	סה"כ שעות	לפי תעריף	סה"כ
תרגום			
תמלול ממוחשב			
תמלול ידני			
שקלוט			
ביטול זמן			
נסיעות (*)			
מ.ע.מ			
סה"כ			

(* נסיעות = לפי יום, נסיעה הלוך וחזור.

מצ"ב דיווח מתן שירותי התמיכה .

בברכה,

שם ומשפחה _____

ת.ז. _____

חתימה _____