



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	<table border="1"><tr><td colspan="10">מס' זהות</td></tr><tr><td>סוג</td><td colspan="8">דפים</td><td>מסמך</td></tr></table>	מס' זהות										סוג	דפים								מסמך
מס' זהות																					
סוג	דפים								מסמך												

**הצהרה בדבר קבלת תשלום
בגין מתן שירותי תרגום/תמלול/שקלוט (מסלול תשלום לסטודנט)**

לכבוד

עובד/ת שיקום _____

סניף _____

אישור

הריני לאשר קבלת _____ ש, ממר/גב' _____
ת.ז. _____ בגין תשלום עבור _____ שעות שירותי תרגום תמלול שקלוט
שניתנו בחודש _____

תאריך _____ שם נותן השירות _____ חתימה * _____