



מדינת ישראל

הצהרה לנבדקים בדיקות תקופתיות

חלק זה ימולא ע"י העובד

חובה למלא את כל הפרטים הנדרשים **בסעיף מספר 1** ובנוסף, יש למלא את אחד משני הסעיפים (סעיף מספר 2, או סעיף מספר 3), בהתאם לנסיבות.

פרטי העובד/ת

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	משרד
		ס"ב	

הנני מצהיר/ה בזאת כי:

1. נבדקתי במסגרת זכאותי לבדיקות תקופתיות במכון _____ בתאריך ____/____/____

(ציין שם המכון)

ושילמתי למכון סכום של _____ ש"ח, לצורך ביצוע הבדיקה התקופתית.

רצ"ב קבלה, על תשלום בגין הבדיקה אותה ביצעתי.

2. לא ביצעתי את הבדיקה התקופתית, במסגרת זכאותי כחבר בקופת החולים, וכן לא קיבלתי כל

החזר כספי מכל גורם אחר, בגין ביצוע הבדיקה התקופתית.

3. נבדקתי בדיקה תקופתית במכון _____ במסגרת זכאותי כחבר קופת חולים _____

(ציין שם הקופה)

(ציין שם המכון)

או במסגרת אחרת _____ וסכום ההשתתפות שלי, במסגרת הקופה/או במסגרת

(ציין שם הגורם המממן האחר)

האחרת, היה על סך _____ ש"ח, לצורך ביצוע הבדיקה התקופתית.

רצ"ב קבלה, על תשלום בגין הבדיקה התקופתית אותה ביצעתי.

חתימת העובד/ת _____ תאריך ____/____/____

אישור להחזר הוצאות לנבדקים בדיקות תקופתיות

חלק זה ימולא ע"י הממונה על הרווחה

אל: מדור השכר במשרד _____

לאחר שבדקתי את כל התנאים המופיעים בחוזר שבנדון, ולאחר שבדקתי זכאותו של העובד/ת הנ"ל

לביצוע הבדיקה התקופתית ולהחזר הוצאות בגין בדיקתו/ה, מאשר כי העובד/ת הנ"ל

זכאי/ת להחזר הוצאות על סך של _____ ש"ח, בגין הבדיקה התקופתית אותה ביצע/ה במכון

_____ בתאריך ____/____/____. רצ"ב קבלה על תשלום העובד/ת בגין הבדיקה התקופתית.

(ציין שם המכון)

פרטי הממונה על הרווחה

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך	חתימה
		ס"ב	/ /	