

אישור קבלת מענק/מלגה
מההסתדרות הרפואית בישראל
איגוד/חברה

תאריך : _____

שם מקבלת/ת : _____

מס' תעודת זהות : _____

סכום בש"ח : _____

סוג/מהות המענק/המלגה : _____

פרטי הפרוטוקול בו אושר המענק/ המלגה : _____

פרטי השיק לתשלום : _____ בנק : _____

סניף : _____

מס' ההמחאה : _____

תאריך פירעון : _____

אני (*) _____ מאשר/ת בצירוף חתימתי את קבלת המענק/המלגה בסך _____ ש"ח, בהתאם לפרטים המצורפים לעיל.

(*) במידה ובעתיד יתחייב המענק/המלגה במס על פי הוראות החוק, הנני מתחייב/ת לשפות את האיגוד/החברה בהתאם לסכומי המס, אם וכאשר ישולמו, ולהחזיר את הסכומים באופן מיידי על פי דרישת האיגוד/החברה.

חתימת המקבלת/ת

שם מלא וחתימת אחראי/ת
מטעם הר"י