



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

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

**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 * _____