



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 \_\_\_\_\_ :-

סה"כ	לפי תעריף	סה"כ שעות	השירות
			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 \_\_\_\_\_