



לכבוד

עובד/ת שיקום

סניף

תאריך: _____

**דרישת תשלום עבור מתן שיעורי עזר
(מסלול תשלום לספק)**

רצ"ב דרישת תשלום עבור שיעורי עזר שניתנו לגב'/מר _____

ת.ז. _____

במקצוע _____

בחודש _____

סה"כ _____ שעות, לפי תעריף של _____ ₪ לשעה, סה"כ _____

_____ שעות, לפי תעריף של _____ ₪ לשעה, סה"כ _____

_____ שעות, לפי תעריף של _____ ₪ לשעה, סה"כ _____

סה"כ _____ ₪

מע"מ _____ ₪

סה"כ _____ ₪

מצ"ב דיווח מתן שיעורי עזר בפועל, חתום ע"י הסטודנט, וכן חשבונית מס.

שם ומשפחה _____

ת.ז. _____

חתימה _____