



המוסד לביטוח לאומי
 مؤسسة التأمين الوطني

מינהל הגמלאות
 مديرية المخصصات

לשימוש פנימי בלבד (סריקה) للاستخدام الداخلي فقط (للفحص)	מס' זהות رقم بطاقة الهوية דפים סוג המסמך أوراق نوع المستند
--	---

**דרישה לתשלום עבור מתן שירותי
 תרגום/תמלול/שקלוט (מסלול תשלום לסטודנט)
 طلب دفعة مقابل تقديم خدمات
 ترجمة/نسخ/تحويل ملف صوتي إلى نص (مسار الدفع للطالب)**

לכבוד
 حضرة

תאריך: _____
 التاريخ: _____

מחלקת שיקום
 قسم التأهيل
 סניף _____
 فرع _____

רצ"ב דרישת תשלום עבור שירותי תרגום/תמלול ממוחשב/תמלול ידני שבוצעו בחודש _____ :-
 ما يلي طلب دفعة مقابل خدمات ترجمة/نسخ محوسب/نسخ يدوي التي قدمت في شهر _____ :-

השירות الخدمة	סה"כ שעות إجمالي الساعات	לפי תעריף وفق التسعيرة	סה"כ إجمالي المبلغ
תרגום ترجمة			
תמלול ממוחשב نسخ محوسب			
תמלול ידני نسخ يدوي			
שקלוט تحويل من تسجيل صوتي لنص			
ביטול זמן الوقت غير المحاسب			
נסיעות (*) سفریات (*)			
מ.ע.מ ضريبة القيمة المضافة			
סה"כ أجمالي المبلغ			

(*) נסיעות = לפי יום, נסיעה הלוך וחזור.
 (*) السفریات = في اليوم الواحد، السفر ذهابا وإيابا.

מצ"ב דיווח מתן שירותי התמיכה .
 مرفق بذلك التقرير حول تقديم خدمات الدعم

בברכה,
 باحترام،

שם ומשפחה _____
 الاسم الشخصي واسم العائلة _____

ת.ז. _____
 رقم بطاقة الهوية _____
 חתימה _____
 التوقيع _____