



מדינת ישראל



מינהל שירות למעסיקים
ועובדים זרים
אגף מת"ש

**טופס בקשה לקבלת החזר אגרה בענף הסיעוד
באמצעות כרטיס אשראי**

פרטי המטופל

שם פרטי	שם משפחה
מספר זהות	
כתובת	טלפון

פרטי מגיש הבקשה

שם פרטי	שם משפחה
מספר זהות	הקשר למטופל / קרבה משפחתית
כתובת	טלפון

פרטי כרטיס האשראי בו בוצע התשלום

סוג הכרטיס	ארבע ספרות אחרונות
------------	--------------------

סיבת ההחזר: סמן ✓ בהתאם לסיבה	
תשלום כפול	
חולה נפטר בטרם טופלה הבקשה לקבלת היתר מיחידת ההיתרים בענף הסיעוד	
אחר	

לטופס הבקשה יש לצרף את שובר התשלום / העתק קבלה

- ניתן לשלוח לפקס' 153-86226372 / 08-9314103 או לכתובת הדואר הרשומה מטה.
- נא לוודא שהפקס' התקבל והוא ברור וקריא.

בברכה,

סיגלית ליכטנשטיין
הנה"ח, אגף מת"ש