



מדינת ישראל



מינהל שירות למעסיקים  
ועובדים זרים  
אגף מת"ש

תאריך \_\_\_\_\_

**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	
כתובת	טלפון

**פרטי כרטיס האשראי בו בוצע התשלום**

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

<b>סיבת ההחזר: סמן ✓ בהתאם לסיבה</b>	
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 / 02-9959023 או לכתובת הדואר הרשומה מטה.
- נא לוודא שהפקס' התקבל והוא ברור וקריא.

בברכה,

סיגלית ליכטנשטיין  
הנה"ח, אגף מת"ש