



מדינת ישראל

מינהל שירות למעסיקים
ועובדים זרים
אגף מת"ש



רשות האוכלוסין
והגירה

Population and Immigration
Authority

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
------------	--------------------

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 / 02-9959023 או לכתובת הדואר הרשומה מטה.
- נא לוודא שהפקס' התקבל והוא ברור וקריא.

בברכה,

אירית אקנין
הנה"ח, אגף מת"ש

יש לך רשות לקבל שירות
www.piba.gov.il

רח' אגריפס 42, ירושלים
טל: 02-6294483 / 02-6294603 פקס: 02-9959023
sigall@sa.piba.gov.il