

**טופס למילוי ע"י
המטפל/עמותה**

לכבוד
"זרעית ישראל",
רחוב תבואות הארץ 3,
תל אביב 6954627

הנדון: דיווח טיפולים חודשי, ובקשה לתשלום עבור חודש: _____

פרטי הילד/ה המטופל/ת: שם משפחה: _____, שם פרטי: _____

הגורם המגיש הבקשה (נא לסמן X במקום המתאים): מטפלת עמותה

פרטי מגיש הבקשה לתשלום: שם: _____, מס' ת"ז/עוסק/עמותה: _____

כתובת מגיש הבקשה (למשלוח התשלום): _____

טלפון מגיש הבקשה לתשלום: נייד (כולל קידומת): _____ - _____, נייד (כולל קידומת): _____ - _____

סוג הטיפול: _____

עלות טיפול בודד: _____ ₪. סה"כ אושר לחודש: _____ ₪.

סה"כ עלות חודשית { לפי ה.ה. המחיר שהוגשה (למילוי פנימי של המשרד) } : _____ ₪.

מקום ביצוע הטיפולים (נא לסמן X במקום המתאים): בקליניקה של מגיש הבקשה / בבית הילד/ה / אחר: _____.

מס'	תאריך הטיפול	שעת התחלת הטיפול	שעת סיום הטיפול	חתימת ההורה (יש לחתום על כל שורה מדווחת)	הערות
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

סה"כ מס' טיפולים: _____

סה"כ הסכום לתשלום: _____ ₪

*כעוסק פטור אני מתחייב/ת כי הקבלה תונפק לאחר קבלת התשלום מ"זרעית ישראל".

חותמת וחתימת מגיש הבקשה _____ תאריך _____

הערות: (1) יש לצרף אישורים עדכניים: אישור ניהול ספרים, אישור לצורך נכיו מס, אישור עוסק פטור, אישור עמותה (אם טרם נשלחו).

(2) יש להקפיד למלא את דיווח הפעילות החודשית על גבי טופס זה, ולמלא את כל הנתונים.

טופס שלא יוגש באופן מלא, לא יאפשר לארגון 'זרעית ישראל' להמשיך ולטפל בנושא התשלום.