

טופס הוצאות בריאות

תאריך:

שם החבר/ה: _____

| הערות | סכום | פרטים | |
|-------|------|-------|---|
| | | | 1 |
| | | | 2 |
| | | | 3 |
| | | | 4 |
| | | | 5 |
| | | סה"כ | |

נא לצרף קבלות / חשבוניות

חתימת החבר/ה: _____

חתימת מ. בריאות: _____

יש להניח הטופס בתא הדואר של המרפאה מס' 125.