

FROM

16-05-12; 12:10 ;

(SUN) APR 14 2013 10:30/ST. 10:30/No. 9400232717 P 1

; 07246935450

# 67



תאריך:

שם הלקוח:

ת.ז.:

כתובת חכש:

טלפון:

מספר משלוח:

בקשת ארכן להחזר תשלוט ששיום ביתה

עקב

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

מצ"ב המסמיכים חוליל לביסוס בקשה:

חותימות הלקוח

שם הפקיד המטפל: \_\_\_\_\_  
חותימת המטפל: \_\_\_\_\_  
שם מנהל האשפוז/מנהל המחלקה: \_\_\_\_\_  
חותימת המנהל: \_\_\_\_\_  
 מאושר החזר בסכום של: \_\_\_\_\_ ש"ח/לא מאושר