



מחוז שיקום : טבריה
יהודה הלוי 4 בית בזלת , טבריה
טלפון : 03-7776777

תאריך : 18.11.2024
מס' תיק : 804617006
מס' הפניה : 240005046504
ספק משהב"ט : 0011000537

לכבוד
מוניות ניצב 10 בע"מ
שער הגיא 31
כרמיאל טל : -

הפניה לנסיעה במונית

נא להסיע את מר / גב' מלין אביחי ת.ז. 322319633 טלפון : 058-4456100

| מספר | רחוב | עיר/אתר | מוצא : |
|------|---------------|---------|-------------|
| 31 | שער הגיא | כרמיאל | מוצא : |
| 8 | דרך משה פלימן | חיפה | יעד : |
| 4 | משעול נורית | כרמיאל | תחנת ביניים |

נסיעה הלך ושוב .

מק"ט
010162
תאור פריט
נסיעה במונית

8 נסיעות חד פעמי מתאריך 01.11.2024 עד לתאריך 30.11.2024 .
מחיר נסיעה : 490.40 ₪
מרחק לכיוון : 50.94 ק"מ
פיזיותרפיה

גלרון שירית
ע' בכיר לשירותים רפואיים

הערות :
יש להחזיר את עמוד 1 ועמוד 2 של ההפניה בצרף חשבונית, אל הגורם מוציא
ההפניה באגף השיקום בתחילת כל חודש עבור החודש הקודם.

לתשומת לב : יש לשלוח חשבוניות באמצעות הדואר בלבד, לכתובת :
מוקד קליטת הפניות/ אגף שיקום נכים, קפלן 23, הקריה תל אביב 6473424.
אין לבצע שינויים או למחוק פרטים בהפניה . הפניה שהפרטים בה שונו לא תכובד.
חתימות הנכה מהווה אסמכתא לביצוע הנסיעה, בלעדיה לא יכובד החשבון.

מען למשלוח : משעול נורית 4/12
כרמיאל 2176402



מחוז שיקום : טבריה
יהודה הלוי 4 בית בזלת , טבריה
טלפון : 03-7776777

תאריך : 18.11.2024
מס' תיק : 804617006
מס' הפניה : 240005046504
ספק משהב"ט : 0011000537

פרוט הנסיעות

| נסיעה מס' | מוצא - יעד | תאריך | חתימת הנכה |
|-----------|------------|-------|------------|
| | | | |

הערות :

אני החתום מטה מצהיר בזאת כי הסעתי את הנ"ל ליעדים, בתאריכים כמפורט לעיל .

חתימה וחותמת : תאריך :

מספר ספק : 0011000537

אישור אגף השיקום : תאריך :



240005046504
נחתם דיגיטלית