



הצהרה - מענקי בריאות

שם: _____

ת.ז: _____

השתתפות קופת חולים: כן/ לא

סכום ההשתתפות: _____

השתתפות ביטוח פרטי: כן/ לא

סכום ההשתתפות: _____

השתתפות משרד הביטחון: כן/ לא

סכום ההשתתפות: _____

אני _____, ת.ז. _____, מצביר/ה בזאת שכל הפרטים אשר מילאתי עבור

קבלת מענק רפואי מארגון אלמנות ויתומי צה"ל הינם נכונים.

תאריך: _____

חתימה: _____