



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: \_\_\_\_\_