

**טופס למילוי ע"י  
המטפל/חברת כ"א**

לכבוד  
"וראייטי" ישראל,  
רחוב תבואות הארץ 3,  
תל אביב 6954627

הנדון: דיווח טיפולים חודשי לחודש: \_\_\_\_\_, נספח לחשבונית מס מספר: \_\_\_\_\_

פרטי הילד/ה המטופל/ת: שם משפחה: \_\_\_\_\_, שם פרטי: \_\_\_\_\_

הגורם המגיש הבקשה (נא לסמן X במקום המתאים):  מטפל/ת  חברת כ"א

פרטי מגיש הבקשה (למשלוח התשלום): שם: \_\_\_\_\_ מס' עוסקמורשה: \_\_\_\_\_

כתובת מגיש הבקשה לתשלום: \_\_\_\_\_

טלפון מגיש הבקשה לתשלום: נייד (כולל קידומת): \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, נייח (כולל קידומת): \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

סוג הטיפול: \_\_\_\_\_

עלות טיפול בודד: \_\_\_\_\_ ש"ח. סה"כ אושר לחודש: \_\_\_\_\_ ש"ח.

סה"כ עלות חודשית { לפי ה. המחיר שהוגשה (למילוי פנימי של המשרד) } : \_\_\_\_\_ ש"ח.

מקום ביצוע הטיפולים (נא לסמן X במקום המתאים):  בקליניקה של מגיש הבקשה /  בבית הילד/ה /  אחר: \_\_\_\_\_.

מס'	תאריך הטיפול	שעת התחלת הטיפול	שעת סיום הטיפול	חתימת ההורה (יש לחתום על כל שורה מדווחת)	הערות
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

סה"כ מס' טיפולים: \_\_\_\_\_

סה"כ הסכום לתשלום: \_\_\_\_\_ ש"ח (כולל מע"מ)

חותמת וחתימת מגיש הבקשה

תאריך

הערות: (1) יש לצרף: חשבונית מס מקורית בלבד, ע"ש 'וראייטי' ישראל (ע"ג החשבונית יש לציין את השם המלא של הילד/ה המטופל/ת וסוג הטיפול).

(2) כמו כן יש לצרף אישורים עדכניים: אישור ניהול ספרים וניכוי מס במקור עדכניים (אם טרם נשלחו).

(3) על עמותות/חברות כ"א לצרף העתק מדף דיווח חודשי של העמותה/חברת כ"א, בנוסף לטופס דיווח זה.

(4) יש להקפיד למלא את דיווח הפעילות החודשית על גבי טופס זה, ולמלא את כל הנתונים.

טופס שלא יוגש באופן מלא, לא יאפשר לארגון 'וראייטי' ישראל להמשיך ולטפל בנושא התשלום.