

תאריך _____

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
תיאום דמי ביטוח
א.ג.נ

באמצעות פקס 03-5127408

הנדון: בקשה לביצוע תיאום דמי ביטוח

1. אני הח"מ מבקש לבצע תיאום דמי ביטוח.

2. להלן פרטים אישיים:

שם ושם משפחה _____

ת.ז. _____

כתובת _____

טלפון בבית _____

טלפון נייד _____

3. מצ"ב שני תלושי שכר/קצבה לחודשים _____

מהמוסדות הר"מ:

א. _____

ב. _____

4. אודה להמשך טיפולכם.

בכבוד רב,

שם וחתימה _____

מצ"ב: העתקי 2 תלושי קצבה/שכר