



נספח א': בקשת עובד להחזר על פינוי באמבולנס במהלך יום עבודה

1. פרטי העובד:

א. שם פרטי:

ב. שם משפחה:

ג. ת.ז.:

ד. יחידה:

ה. סמכות:

2. אני מבקש בזאת לקבל החזר מלא/החזר חלקי (הקף בעיגול) על פינוי באמבולנס:

א. מיום:

ב. ממקום עבודתי (נא פרט את מקום העבודה)

ג. אל בית החולים (נא פרט את שם בית החולים):

3. הפינוי לבית החולים בוצע באמבולנס רגיל / בניידת טיפול נמרץ (נא הקף בעיגול את

התשובה הנכונה)

4. בעקבות הפינוי אושפזתי / לא אושפזתי (נא הקף בעיגול את התשובה הנכונה)

5. האירוע שבעקבותיו פונית לבית החולים לא היה אירוע של פגיעה בעבודה או תאונת דרכים.

6. אני לא תבעתי ולא מתכוון להגיש גם בעתיד בעטיות אירוע זה תביעה בגין תאונת עבודה או

בגין תאונת דרכים.

7. אני לא קיבלתי החזר כספי מלא בגין הפינוי באמבולנס מאף גורם שהוא ואף לא עתיד לקבל

החזר כספי מלא מגורם כלשהו בעתיד.

8. אני מצרף בזאת את כל המסמכים הנוגעים בעניין הבקשה, לרבות קבלה וחשבונית מס בגין

עלות הפינוי באמבולנס.

9. הריני מצהיר/ה בזאת כי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים, שלמים ומדויקים.

א. תאריך:



ב. חתימת העובד:

10. הצהרת קצין האזרחים:

א. הנני מאשר כי מר (יש לציין שם ות.ז.):

ב. המוכר לי באופן אישי התייצב במשרדי וחתם בפניי על הצהרה זו.

ג. הבהרתי למר:

ד. כי החזר על פינוי באמבולנס מוטל על צה"ל רק במקרים שבהם אין זכאות להחזר

כספי מגורם אחר, וזאת לאחר שהצגתי בפניו את האמור בחוזר ראש מרכז תע"ץ

1/5/2016 מתאריך:

ה. מר:

ו. הבהיר לי מפורשות כי הוא לא קיבל ואף לא עתיד לקבל החזר מלא בגין הפינוי

באמבולנס.

ז. שם מלא של קצין האזרחים:

ח. תאריך:

ט. חתימת קצין האזרחים: