**טופס בקשת תשלום / החזר הוצאות**

|  |  |
| --- | --- |
| **תאריך:** |  |
|  |  |
| **אל: אגף הכספים / מדור ספקים וחשבונות אישיים** |
|  **מאת: {אגף / מחלקה / יחידה / מכון} :** |  |
| **שם מקבל ההחזר: חוקר / עובד / אורח / סטודנט / אחר :** |  |
| **מס' ת.ז. / דרכון:** |  |
| **סה"כ להחזר :** |  |
| **מהות ההחזר + הקשר לאוניברסיטה:** |  |
|  |  |
| **טל לבירורים :**  |  |
| **דוא"ל :**  |  |
| **סעיף תקציב לחיוב:**  | 10-10-4411-0000-00000370-**030**-000000000-00-00 |
| **הערות / אישורים:** | לחיסונים ובדיקות רפואיות |
|  |  |
| **שם מורשה:**  |  |  | **חתימת מורשה:** |  |

**\* הערה: יש להגיש את הטופס בכתב מודפס, ולא בכתב יד.**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |