

_____ תאריך

לכבוד
יובל חינוך בע"מ
צהרונים
באמצעות פקס- 03-6211901
באמצעות מייל- moran@yuvalchi.co.il

הנדון: בקשה לקיזוז תשלום ההזנה –שנה"ל תש"פ

אבקש לקבל קיזוז בגין הזנה לבני / ביתי _____ תעודת זהות _____
ששובץ לצהרון _____ לשנת הלימודים תש"פ.
יובהר כי אישור הקיזוז יערך רק לאחר המצאת אישור רפואי מתאים ובאישור יובל חינוך בלבד.
לאחר קבלת אישור קיזוז, הפניה תועבר למוקד התשלומים בעירייה, ידוע לי כי הקיזוז יבוצע ע"י העירייה
ועפ"י נהליה, טלפון לבירורים: 03-724444-3013* - שלוחה 6

שם ההורים: _____ תעודת זהות: _____ חתימה: _____

בכבוד רב,
מחלקת חינוך "יובל חינוך"

לשימוש משד:

סכום זיכוי חודשי: _____ לתקופה: _____ בשנת לימודים.

אישור מנהל

אישור מנהלת מערך הזנה יובל חינוך