



המוסד לביטוח לאומי  
גבייה מלא שכירים  
סניף \_\_\_\_\_

לכבוד  
תחום הביטוח והגבייה

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות	מס' זהות
סוג המסמך	דפים
1 3	

חותמת קבלה

**הנדון: בקשה לדחיית מועד תשלום מקדמת דמי ביטוח**

**1 פרטי המבקש**

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ מספר זהות ס"ב \_\_\_\_\_

**כתובת ופרטי התקשרות**

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני _____ @ _____			

**2 פרטי המצהיר (אם שונה מפרטי המבקש)**

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ מספר זהות ס"ב \_\_\_\_\_

**כתובת ופרטי התקשרות**

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני _____ @ _____			

**3 הצהרת המבקש/המצהיר**

אני החתום מטה מצהיר כי \_\_\_\_\_ שם פרטי ומשפחה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

עובד  מתנדב בגוף הצלה המנוי בפסקה (1) או (5) להגדרת "גוף הצלה" שבסעיף 90א לפקודת המשטרה בהיקף המקביל למשרה מלאה.

שם גוף ההצלה: \_\_\_\_\_

אבקש לדחות את מועד תשלום של מקדמת דמי ביטוח לחודש \_\_\_\_\_ בהתאם לחוק דחיית מועדים (הוראת שעה – חרבות ברזל) התשפ"ד-2023.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המצהיר **x** \_\_\_\_\_