

אוניברסיטת תל-אביב

ביה"ס לרפואת שיניים

אל: מדור תשלומי שכר

מחלקה/קורס:

תאריך: ____ / ____ / ____

הוראת תשלום לעובד לפי שעות לחודש: _____ (נא למלא לפי התאריך בחודש)

שם פרטי:

שם משפחה:

ת"ז:

כתובת:

תאריך	יום	שעת התחלה	שעת סיום	סה"כ שעות
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

תאריך	יום	שעת התחלה	שעת סיום	סה"כ שעות
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

אישור ראש המחלקה _____ חתימת העובד _____

לשימוש משרדי בלבד

סה"כ שעות לתשלום (סמל 100):	
מס' ימי עבודה:	
הוצאות נסיעה ליום:	

חתימה _____

שם מנהל היחידה: טלי אור