



טש-03-07

מהדורה: 10.02.2022

שלום לרפת _____

אם אתם מעוניינים בביצוע הבדיקה לנוגדנים לבת-שחפת באמצעות בקורת החלב, החזירו בבקשה את הטופס מלא וחתום בפקס 04-6274242, בדוא"ל lea@milk.org.il
אפשר לשלוח את התמונה בווטסאפ ל-0506241685
תודה!

בדיקות נוגדנים לבת שחפת בחלב – התחייבות לתשלום

1. הנני הח"מ _____ בעל מספר ת.ז. _____, שתפקידי ברפת הוא _____ ומורשה החתימה של רפת _____ מגיש בקשה זו למועצה לענף החלב (ייצור ושיווק) (להלן- מועצת החלב) לביצוע בדיקות חלב לנוגדנים לבת שחפת (להלן- הבדיקות).
2. הנני מאשר כי ידוע לי שהבדיקות יבוצעו במעבדה לבריאות העטין בקיסריה בכפוף לזמינות המעבדה ובתיאום מראש עימה.
3. ידוע לי כי עלות הבדיקה היא בסך 10 ₪ לפרה (הסכום- אינו כולל מע"מ) וכי הסכום הסופי לתשלום הינו תלוי מספר הפרות שיבדקו בבקורת החלב החודשית, שתבוצע עפ"י בקשתי כאמור.
4. ידוע לי כי התשלום יתבצע בכפוף לדרישת מועצת החלב.
5. בהתאם לאמור לעיל, הנני מתחייב, התחייבות בלתי חוזרת, לפעול בהתאם לאמור לעיל ולשלם למועצת החלב תמורה בגין ביצוע הבדיקות.

להלן פרטי מבקש השירות:

שם _____ עוסק מורשה/ח.פ. _____
שם איש קשר _____ טלפון _____
דוא"ל _____ כתובת למשלוח חשבונית _____
שם: _____ חתימה וחותמת: _____ תאריך: _____

מועצה לענף החלב בישראל - ייצור ושיווק (חל"צ)

המערך הארצי לבריאות העטין ואיכות החלב (מאל"ה):
ת.ד. 3553 פארק תעשייה קיסריה 3088900
טל: 04-6274477, פקס: 04-6274242
maale@milk.org.il



שרד:
רן החורש 4, יהוד
ד. 97, יהוד, מיקוד: 5610002
ל: 03-9564750, פקס: 03-9564766
office@milk.org
www.milk.org