



## אל תוותרו על זכויותיכם!!!

פונה יקר ! אנו מבקשים למלא את הטופס, על מנת לייעל את תהליכי הטיפול בפנייתך.

שם \_\_\_\_\_

ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך לידה \_\_\_\_\_ מין \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_ חבר קופ"ח \_\_\_\_\_

דואר אלקטרוני \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_

מקום עבודה \_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_

מטרת הפניה: אימות חופשי מחלה/ביטוח לאומי / חוות דעת נוספת / פניה למעביד / חברות ביטוח

אחר \_\_\_\_\_

האם פניתם בעבר לגורם כלשהו בנושא: כן/לא. אם ענית "כן" נא לפרט \_\_\_\_\_

נא לפרט את סיבת הפניה בקצרה \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

המסמך מכיל מידע מוגן על פי חוק הגנה הפרטיות

הרינו מצהיר (ה) בזה כי הפרטים האמורים לעיל הינם נכונים ומדויקים וכי תוכן הצהרתי זו אמת.

את הטופס ניתן לשלוח לפקס 0774704729

נשמח לעמוד לרשותכם

צוות מומחים "בריאות" - הראשונים בבריאות שלך