

מחוז שיקום: _____ מספר תיק: _____

לכבוד ועדות רפואיות

הנדון : בקשה לקבלת חומר רפואי / פרוטוקול ועדה רפואית

פרטי המבקש/הפונה

שם משפחה							שם פרטי					תעודת זהות						

אני הח"מ מבקש לקבל חומר רפואי/פרוטוקול ועדה רפואית מיום _____.

כתובת למשלוח החומר:

מען – עיר			רחוב			בית			דירה			מיקוד			טלפון		

_____ חתימה:

_____ תאריך: