

משרד הביטחון / אגף השיקום

תאריך _____
מס' תיק _____

אל: המרפאה המחוזית _____
עבור יו"ר ועדה רפואית עליונה

**ערעור על החלטת ועדה רפואית
לפי תקנות הנכים (ועדה רפואית עליונה) תשכ"ד 1964**

1. _____
שם משפחה שם פרטי רחוב מס' בית

ישוב מיקוד מס' טלפון בבית מס' טלפון בעבודה סולרי

2. התאריך שבו נתקבלה הודעת קצין תגמולים על החלטת הועדה הרפואית _____
דרגת הנכות שנקבעה ע"י הועדה הרפואית _____ בתאריך _____

3. הנני מערער על קביעת הועדה מתוך הנימוקים כדלקמן:
(ציין נימוקים מפורטים רפואיים המתייחסים לפגימה/ות)

חתימת המערער _____

4. אם ברצונך להגיש נימוקי ערעור או לצרף חוות דעת ממומחים ציין זאת בטופס ע"מ
שתקבל ארכה בהתאם לחוק מהמרפאה המחוזית.

לשימוש המשרד:

- הערות:
1. ערעור יוגש תוך 45 יום מיום קבלת הודעת קצין תגמולים על החלטת הועדה הרפואית.
 2. אם יש ברשותך נא צרף תעודות רפואיות, אישורים, חוות דעת וכו'.
 3. אם המקום אינו מספיק – נא צרף דף נוסף.