



## טופס בקשה לדין חוזר / ערר על החלטת "מנהל"

מספר בקשה:

**פרטי המערער**

מספר זהות שם פרטי

שם משפחה תאריך לידה

מין

כתובת

**פרטי פניה ראשונה**

רופא ממליץ מספר רישיון רופא

אינדיקציה לבקשה

תאריך הגשת הבקשה תאריך דחיית הבקשה

סיבה לדחיית הבקשה:

חתימה וחותמת של הרופא מגיש הערר

### פרטי ערר

תאריך הגשת ערר מספר רישיון רופא

טלפון של הרופא שם מרפאה / בית חולים

אבחנה בגינה מוגש הערר

טיעוני הערר:

החלטת ועדת ערר:

תאריך

מאושר נדחה

**מינון מאושר** צורת הטיפול המאושרת: פרחים יבשים לעישון או אידוי / שמן לטפטוף תחת הלשון

חותמת ועדת ערר