



**טופס הגשת שאילתת מאגרים**

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם משפחה קודם: \_\_\_\_\_

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם פרטי קודם: \_\_\_\_\_

שם האב: \_\_\_\_\_

מס' ת"ז: \_\_\_\_\_ (חייב 9 ספרות)

תאריך לידה: \_\_\_\_\_

תאריך עליה: \_\_\_\_\_

ישוב מגורים ראשוני בארץ: \_\_\_\_\_

מקום קבלת הטיפול: \_\_\_\_\_

**כתובת מגורים נוכחית (למשלוח תשובה בדואר):**

רח': \_\_\_\_\_ מס': \_\_\_\_\_ מיקוד: \_\_\_\_\_ (ת"ד: \_\_\_\_\_)

ישוב: \_\_\_\_\_ אם הינך גר במושב, אנא ציין מס' משק: \_\_\_\_\_

טלפון בבית: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (כולל קידומת)

טלפון נייד: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (כולל קידומת)

טלפון נוסף: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (כולל קידומת)

**אם הינך מכיר אנשים נוספים שאינם בני משפחה אשר קיבלו טיפול נגד מחלת הגזזת, נא ציין שמותיהם:**

שם פרטי	שם משפחה	מס' תעודת זהות	קירבה