



תאריך _____

(פנימי) מס' בקשה _____

טופס בקשה לקבלת מידע

לפי חוק חופש המידע התשנ"ח – 1998
המוסד לביטוח לאומי
הממונה על חוק חופש המידע

1 פרטים כלליים

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
מקבל קצבה ממקור כלשהו? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט את סוג הקצבה _____					
שם עמותה/חברה			מספר עמותה/חברה		
כתובת					
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה	
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני	
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS					

2 המידע המבוקש

המידע המבוקש: מידע אישי הנחיות ונהלים מידע לצורך מחקר אקדמי אחר

אגרת בקשה

הטיפול בבקשה כרוך בתשלום אגרת בקשה בסך **20 ₪*** ובהתחייבות של המבקש לשלם אגרת טיפול והפקה. אגרת בקשה ניתן לשלם באמצעות אתר התשלומים של הביטוח הלאומי www.btl.gov.il/תשלומים/תשלומים נוספים/אגרת חופש מידע או באפשרותך לפנות לממונה על חופש המידע ולבקש שישלח לך שובר תשלום.

* מידע שאדם מבקש אודות עצמו פטור מאגרת בקשה וכן מאגרת טיפול עבור 7 שעות עבודה.

התחייבות

אני מתחייב לשלם אגרת טיפול ואגרת הפקה עד לסכום של **153 ₪**. אם הממונה יודיע לי כי עלות הטיפול בבקשתי גבוהה יותר, תידרש ממני הסכמה נפרדת להמשך הטיפול.

תאריך _____ חתימה * _____

את הטופס יש לשלוח לכתובת הבאה:

עבור: גלית גבאי, הממונה על חופש המידע, במייל galitg@nioi.gov.il
או בדואר לכתובת: המוסד לביטוח לאומי, שד' וייצמן ירושלים 91909