



משרד הביטחון
אגף משפחות, הנצחה ומורשת



מדינת ישראל

חובה למלא את השדות המסומנים ב *.	
תאריך	
מספר תיק	
מחוז מטפל	

אל: משרד הביטחון - אגף משפחות, הנצחה ומורשת

הנדון: טופס ייפוי כח וויתור סודיות

אני:

שם משפחה *	שם פרטי *	מספר תעודת זהות *
------------	-----------	-------------------

מייפה בזאת את כוחו/ה של

שם משפחה *	שם פרטי *	מספר תעודת זהות	קרבה
------------	-----------	-----------------	------

לטפל במיצוי זכויות, לרבות קבלת מידע על זכויותי הספציפיות, מול אגף משפחות, הנצחה ומורשת כדלהלן:

<input type="checkbox"/> בנושאים רפואיים	<input type="checkbox"/> כלל ההטבות, התגמולים והזכויות	<input type="checkbox"/> בנושא רכב	<input type="checkbox"/> בנושא דיור
--	--	------------------------------------	-------------------------------------

תאריך * _____ הריני מאשר/ת חתימת המסמך באופן דיגיטלי

חתימת הזכאי/ת

(במקרים בהם הטופס מוגש ידני)

פרטי עובד/ת המחוז:

תאריך	שם פרטי	שם משפחה	חתימה
-------	---------	----------	-------

משרד הביטחון, אגף משפחות, הנצחה ומורשת

מרכז שרות טלפוני: 03-7776700 | www.mishpahot-hantzaha.mod.gov.il