

לכבוד
היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות
משרד הבריאות
רח' נח מוזס 15
תל אביב, מיקוד 67442
פקס מספר: 03-6061797
nayadut@moh.health.gov.il

טופס בקשה – כרטיס חכם

מקצוע (סמנו x למקצוע המתאים)

_____ פיזיותרפיה

_____ ריפוי בעיסוק

פרטים אישיים

שם פרטי: _____

שם משפחה: _____

מספר זהות: _____

תעודת הרשאה לטכנולוגיה מסייעת בניידות: כן / לא

תאריך הרשאה: _____

מקום עבודה (שם הארגון): _____

כתובת מקום עבודה: _____

מספר טלפון: _____

מספר טלפון נייד: _____

כתובת דואר אלקטרוני: _____
