



מדינת ישראל - משרד הבריאות
מינהל האוכלוסין



בקשה למחן תיעוד ממרשם האוכלוסין
(תעודת לידה, תמצית רישום, תעודת פטירה)

פרטי מבקשת השירות

מספר הזהות	שם המשפחה	השם הפרטי	שם האב	מספר הטלפון

נא לסמן x במשבצת המתאימה לבקשתך

תעודת לידה

שם בית החולים שבו אירעה הלידה _____ הישוב _____
אם אינך מקרבה ראשונה לאדם אודותיו מבוקש השרות, עליך לצרף מכתב עם נימוק לבקשה, או יפוי כח.

תמצית ממרשם האוכלוסין

דרושה למטרה _____
אם הבקשה מבוקשת עבור בן משפחה מקרבה ראשונה יש לצרף יפוי כח ותעודת זהות של בן המשפחה.
אם הבקשה מבוקשת עבור בן משפחה אחר או עבור הזולת יש לצרף יפוי כח מאושר על-ידי עורך דין או פסק דין מבית משפט.

תעודת פטירה

תאריך הפטירה _____ מקום הפטירה _____ שם בית החולים _____ הישוב _____
 עם ציון סיבת הפטירה ללא ציון סיבת הפטירה
אם אינך מקרבה ראשונה לאדם אודותיו מבוקש השרות, עליך לצרף מכתב עם נימוק לבקשה או יפוי כח מבן המשפחה.

פרטי האדם אודותיו מבוקשת הבקשה

מספר הזהות									
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

שם המשפחה	השם הפרטי	שם האב	שם הסב (למיעוטים)	שם האם	תאריך הלידה העברי			תאריך הלידה הלועזי			
					יום	חודש	שנה	יום	חודש	שנה	

עפ"י חוק המרשם ירשם תאריך הלידה העברי בתעודות הנ"ל, אם אין ברצונך שתאריך הלידה העברי יירשם בתיעוד, יש לסמן x במשבצת זו .

ארץ הלידה	המין	המצב האישי	הלאום	שם משפחה קודם	שם פרטי קודם	שם געורים לנשואה
	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> חוקה <input type="checkbox"/> משואה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> אלמנה				

מספר הטלפון	המען				הישוב
	הרחוב	מספר הבית	מספר הח"רה	המיקוד	

הפרטים מבוקשים לצורך: _____

המען למשלוח התעודות: הישוב _____ הרחוב _____ מספר הבית _____ ת.ד. _____ מיקוד _____

מקום _____ תאריך _____ חתימת המבקש/ת _____

מהדורה 02/08

לשימוש המשרד

מר / 2

קבלה מספר

הלשכה ב- _____ תאריך _____

שם מקבלת הבקשה _____ שם הבודקת _____