

תאריך: _____

שם: _____

מס' תיק: _____

ת"ז: _____

כתובת: _____

הנדון: בקשה לוועדה רפואית ללא נוכחות

עקב החמרה שחלה במחלות _____, שהוכרו על ידכם,
אבקש לדון בהן בוועדה ללא נוכחותי.

רצ"ב מסמכים רפואיים.

בכבוד רב,
