

תאריך: _____

שם: _____

מס' תיק: _____

ת"ז: _____

כתובת: _____

הנדון: בקשה לזימון לוועדה רפואית

אבקש לקבל זימון לוועדה רפואית עקב החמרה בסעיף _____

בכבוד רב,
