

תאריך: _____

לכבוד: הרשות לזכויות ניצולי השואה

מחלקת תביעות

הנדון: בקשה להכרה במחלה נוספת

שם: _____
מס' תיק: _____
ת.ז.: _____
כתובת: _____
טלפון: _____

הנני פונה אליכם בבקשה להכיר לי במחלות הנוספות הבאות:

רצ"ב מסמכים רפואיים המפרטים את המחלות הנ"ל ומציינים את תאריך הופעת המחלה לראשונה.

בכבוד רב,

מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות

10001 מכתב חופשי