

תאריך: _____

לכבוד
משרד האוצר - הרשות לזכויות ניצולי השואה
רח' יצחק שדה 17
ת.ד. 57380
תל אביב 6157302
טל. 03-5682651

הנדון: בקשה לועדה רפואית לשם דיון בהחמרה במחלה מוכרת

שמי: _____

ת.ז.: _____

המחלה המוכרת: _____

לאור החמרה במחלה המוכרת, אבקשכם לקבוע תאריך בו אופיע בפני ועדה רפואית מטעמכם.

(- ניתן לצרף את המסמכים הרפואיים לבקשה זו או להציגם בעת הדיון)

בברכה,
