

תאריך: _____

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

**הנדון: בקשה לועדה רפואית בתחום מחלת הסרטן (סרטן
המעיי הגס או סרטן החלחולת או סרטן הריאות)**

שמי: _____

ת.ז.: _____

הנני סובל/ת מסרטן המעי הגס/ החלחולת/ הריאות (הקף/י את המחלה הרלוונטית).

המחלה הנ"ל התגלתה אצלי בתאריך _____

אבקש שועדה רפואית תבדוק את נכותי בתחום מחלת הסרטן, על סמך המסמכים המצורפים, וזאת לאור ההמלצות של ועדת שני הקובעות קשר סיבתי בין הרדיפות לבין מחלתי, ותקבע את אחוזי הנכות שלי בהתאם.

יש לצרף לבקשה מסמכים רפואיים בקשר למחלת הסרטן.

(הערה: במידה ונמצאו גרורות של המחלה ו/או בוצעה בעקבות המחלה פעולה כירורגית שגרמה לנכות- נא לפרט)

אם הנך מעוניין/נת שהדיון בבקשתך יתקיים ללא נוכחותך, אנא סמן/ני- "בקשה לדיון ללא נוכחות".

בקשה לדיון ללא נוכחותי

בעקבות גילי המתקדם וההשפעה של המצב הרפואי על המחלה, אבקש הפעלת תקנה 12

בברכה,
