

תאריך: _____

שם: _____

מס' תיק: _____

ת"ז: _____

כתובת: _____

הנדון: בקשה לוועדה רפואית עליונה ללא נוכחות

אבקש לערער על החלטת הוועדה הרפואית המחוזית ולדון בוועדה רפואית
עליונה ללא נוכחותי עקב החמרה בסעיף _____

רצ"ב מסמכים רפואיים.

בכבוד רב,
