



מדינת ישראל
משרד האוצר
הרשות לזכויות ניצולי השואה

תאריך: _____

שם: _____

מס' תיק: _____

ת.ז.: _____

כתובת: _____

טלפון: _____

הנדון: בקשה לוועדה רפואית

עקב החמרה שחלה במחלות _____, שהוכרו על ידכם, אבקש לדון בהן בוועדה .

רצ"ב מסמכים רפואיים.

**לתשומת לבך, אתה רשאי לבקש כי הוועדה הרפואית תקבע את דרגת נכותך עפ"י
המסמכים הרפואיים ללא נוכחותך.**

במידה והנך מעוניין בקיום ועדה ללא נוכחותך נא סמן X.

מעוניין בקיום ועדה רפואית ללא נוכחותי.

בכבוד רב,

מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות

10001 מכתב חופשי