

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 האוסטיאופורוזיס**

שמי: \_\_\_\_\_

ת.ז.: \_\_\_\_\_

הנני סובל/ת ממחלת האוסטיאופורוזיס.

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

אשר על כן הנני מבקש/ת לקבל את בקשתי ולקבוע לי אחוזי נכות בהתאם.

**יש לצרף לבקשה מסמכים רפואיים בקשר למחלת האוסטיאופורוזיס ו/או אישורים על שברים אוסטריאופורוטיים.**

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,

\_\_\_\_\_