



תאריך: _____

שם: _____

מס' תיק: _____

ת.ז.: _____

הכתובת: _____

טלפון: _____

הנדון: זימון לוועדה רפואית עליונה

אני מבקש לערער על קביעת הוועדה הרפואית ולכן אני מבקש זימון לוועדה רפואית עליונה.

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

במידה והנך מעוניין בקיום ועדה ללא נוכחותך נא סמן X.

מעוניין בקיום ועדה רפואית עליונה ללא נוכחותי.

בכבוד רב,

מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

כתובת: בנין נצבא, רח' יצחק שדה 17 קומה 6, תל-אביב ת"ד 57380, מיקוד 6157302

טלפון: 03-5682651 או *5105 מייל: info@hsa.gov.il

אתר אינטרנט: <https://www.gov.il/he/departments/holocaust-survivors-rights>