

הטופס מיועד לאנשי מילואים ולמפוטרים משירות ביטחון אשר שרתו בצה"ל בלבד!

תאריך: _____

לכבוד
משרד הביטחון
היחידה לפניות ותלונות הציבור
הקריה
תל-אביב 64734
בפקס': 03-6976711

הנדון: בקשה לקבלת מידע רפואי-אישי מצה"ל

המידע המבוקש:

הנני מבקש/ת לקבל את המידע הרפואי המסומן מטה:

1. אישור על האבחנות הרפואיות שנקבעו לי בצה"ל. (תרגום סעיפי הליקוי ממספר למלל רפואי)
2. העתקים של מסמכים רפואיים מתיק רפואי ותיק אישי בצה"ל. (נא לפרט מטה)
3. אישור + העתקים של מסמכים רפואיים. (1+2) (נא לפרט מטה)
(נא סמן בחירתך: 1 או 2 או 3)
4. רשימת החיסונים שניתנו לי בצה"ל.

נא לציין את הסיבה לבקשה: עבודה / המשך טיפול רפואי / תביעה / רישיון לנשק / אחר: _____

פרטים נוספים לסיוע באיתור המידע הרפואי המבוקש:
(מלוא התיק או חלקו, תאריך הפציעה/מחלה, מקום הטיפול וכד')

פרטי המבקש/ת:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____

שמות קודמים/נוספים: _____ תאריך לידה: _____

מספר אישי: _____ מספר תעודת זהות מלא (בן 9 ספרות): _____

רחוב: _____ מספר: _____ ת"ד: _____

עיר: _____ מיקוד: _____

טלפון: _____ טלפון נייד: _____

ידוע לי כי קבלת המידע הרפואי מצה"ל כרוכה בתשלום החזר הוצאות.

חתימת המבקש/ת (בכתב-יד)

הקריה, תל-אביב 64734. טלפון: 03-6975540, פקס': 03-6976711, דוא"ל: pniot@mod.gov.il

מענה טלפוני: בימים ראשון עד חמישי, בשעות 09:00 עד 14:00.

מידע נוסף אודותינו מפורסם באתר האינטרנט של משרד הביטחון בכתובת www.mod.gov.il / פניות הציבור