

טופס פנייה לוועדת בירורים מחוזית

מחוז: _____

פרטי המבקש:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____

תאריך לידה: _____

ת.ז: _____

כתובת: _____

טלפונים להתקשרות: _____

מרפאה: _____

שם רופא המשפחה: _____

הנני מבקש לערער על תשובת הנהלת המחוז בנושא:
(אנא הקף בעיגול)

אמבולנס ; חדר מיון ; תרופה ; שירות רפואי ; אחר _____

נימוקי התביעה (ניתן לצרף מכתב):

מסמכים מצורפים:

(אנא סמן)

קבלות

תיעוד רפואי

מסמכים נוספים רלוונטים:

חתימה _____

תאריך _____



כללית