

כתב ערר על ההחלטה של המוסד לביטוח לאומי- בל 7810

מתאריך _____ בעניין אבחון רפואי / דרגת אי כושר

1. פרטים אישיים

- שם משפחה
- שם פרטי
- מספר זהות
- טלפון קווי
- טלפון נייד
- מספר פקס
- אני מאשר קבלת מכתבים בדואר אלקטרוני

נימוקי הערר

הצהרה

ידוע לי כי הועדה הרפואית לעררים ו/או הועדה לעררים רשאיות לאשר, לבטל או לשנות את ההחלטה עליה מוגש הערר.

תאריך _____ שם התובע _____ חתימה _____

אם הערר מוגש ע"י: אפוטרופוס / מקבל גמלה אחר _____
נא לציין

תאריך _____ שם מגיש הערר _____ חתימה _____