



תאריך \_\_\_\_\_

פנימי (מס' בקשה) \_\_\_\_\_

**טופס בקשה לקבלת מידע**

לפי חוק חופש המידע התשנ"ט – 1998  
 המוסד לביטוח לאומי  
 משרד הממונה על העמדת מידע לציבור

**1 פרטים כלליים**

1

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב																									
<table border="1"> <tr> <td colspan="6">כתובת</td> </tr> <tr> <td>רחוב / תא דואר</td> <td>מס' בית</td> <td>כניסה</td> <td>דירה</td> <td>יישוב</td> <td>מיקוד</td> </tr> <tr> <td>טלפון קווי</td> <td colspan="2">טלפון נייד</td> <td colspan="3">דואר אלקטרוני</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS             </td> <td colspan="4"></td> </tr> </table>						כתובת						רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד	טלפון קווי	טלפון נייד		דואר אלקטרוני			<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS					
כתובת																													
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד																								
טלפון קווי	טלפון נייד		דואר אלקטרוני																										
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS																													

**2 מידע מבוקש**

2

הנני אזרח ישראלי  תושב ישראל

המידע המבוקש:  המידע המבוקש הינו אודותיי  אחר

---



---



---



---



---



---

**אגרת בקשה**

הטיפול בבקשה כרוך בתשלום אגרת בקשה בסך -95 ₪\*. שובר לתשלום יישלח אליך ע"י הממונה לאחר הגשת הבקשה.

**התחייבות**

הנני מתחייב לשאת באגרת טיפול ובאגרת הפקה עד לסכום של -252 ₪. אם הממונה יודיע לי כי עלות הטיפול בבקשתי גבוהה יותר, תידרש ממני הסכמה נפרדת להמשך הטיפול.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה\* \_\_\_\_\_

\* מידע שאדם מבקש אודות עצמו פטור מאגרת בקשה וכן מאגרת טיפול עבור 6 שעות עבודה

**את הטופס יש לשלוח לכתובת הבאה:**

המוסד לביטוח לאומי, שד' ויצמן 13, ירושלים 91909, לידי מר חיים פיטוסי, משרד הממונה על העמדת מידע לציבור, פקס 02 - 6540428