



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

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב																									
<table border="1"> <tr> <th colspan="6">כתובת</th> </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

הנני אזרח ישראלי תושב ישראל

המידע המבוקש: המידע המבוקש הינו אודותיי אחר

אגרת בקשה

הטיפול בבקשה כרוך בתשלום אגרת בקשה בסך - 98 ₪*. שובר לתשלום יישלח אליך ע"י הממונה לאחר הגשת הבקשה.

התחייבות

הנני מתחייב לשאת באגרת טיפול ובאגרת הפקה עד לסכום של - 261 ₪. 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