

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> </div> </div>	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
--	------------------------------------

**הודעה עפ"י סעיף 12 ב'
לפקודת התעבורה (נוסח חדש)**

תאריך
שנה חודש יום

אל: המכון הרפואי לבטיחות בדרכים (הרשות הרפואית)
רח' הארבעה 14
תל – אביב 61202

בהתאם להוראות סעיף 12 ב' לפקודת התעבורה הנני להודיעכם כי :

מספר זהות <small>ב"ס</small>	שם פרטי	שם משפחה
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>		
כתובת		
רחוב	מס' בית	כניסה
דירה	יישוב	מיקוד

נבדק/ה על ידי במסגרת הועדות הרפואיות שליד המוסד לביטוח לאומי. בעת מילוי תפקידי כ:

- חבר ועדה רפואית לערעורים
- פוסק רפואי
- יועץ לוועדה
- רופא מוסמך
- נותן חוות דעת

אובחן אצלו/ה _____

לידיעתכם.

שם מספר רשיון מומחיות חותמת חתימה

לבירורים ניתן לפנות בכתב לסניף _____ בתחום נכות כללית/נפגעי עבודה/
נפגעי פעולות איבה

מצ"ב טופס ויתור סודיות