



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
ביטוח נכות

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> <p style="text-align: center;">מס' זהות</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> <p style="text-align: center;">סוג המסמך</p> </div>	<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>
--	----------------------------------

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
סניף _____

כתב ערר על ההחלטה של המוסד לביטוח לאומי
מתאריך _____ בעניין אבחון רפואי דרגת אי כושר

1

פרטים אישיים

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.
טלפון קווי	טלפון נייד	מס' פקס
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS		

2

נימוקי הערר

הצהרה

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

_____ חתימה	_____ שם התובע	_____ תאריך
אם הערר מוגש ע"י: <input type="checkbox"/> אפוטרופוס <input type="checkbox"/> מקבל גמלה <input type="checkbox"/> אחר _____		
_____ חתימה	_____ שם מגיש הערר	_____ תאריך