



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
תחום ניידות
סניף _____

מס' זהות / דרכון									
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> סוג המסמך דפים </div>									
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> לשימוש פנימי בלבד (סריקה) </div>									

לכבוד

המכון הרפואי לבטיחות בדרכים

רח' הארבעה 14

תל אביב 64739

בקשה לרכב מיוחד

1 פרטי המוגבל בניידות

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
כתובת					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני			

2 פרטים על המוגבלות בניידות, נהיגה וזכאות – ימולא ע"י פקיד התביעות

אחוז המוגבלות % _____

מצ"ב פרוטוקל הועדה

בעל רשיון נהיגה מס' _____ חסר רשיון נהיגה

נבדק במכון בתאריך _____

לפי הנתונים זכאי על פי הסכם הניידות לרכב בגודל _____ סמ"ק

מצ"ב הנימוקים לערר של התובע

תאריך _____ שם פקיד תביעות _____ חתימה * _____