המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
הייעוץ לקשיש

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
	מס' זהות / דרכון
	דפים
	סוג המסמך

בקשת השתתפות בקבוצת תמיכה

1 פרטים כלליים

סניף	נושא הקבוצה	תאריך פתיחת הקבוצה
מקום המפגשים:		

2 פרטים

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב	תאריך לידה

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טלפון קווי	טלפון נייד	

3 הערות

_____

_____

_____

_____

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד