המוסד לביטוח לאומי
סניף _____

תאריך _____

(פנימי) מס' בקשה _____

טופס בקשה לקבלת מידע

לפי חוק חופש המידע התשנ"ח – 1998
המוסד לביטוח לאומי
משרד הממונה על חוק חופש המידע

1 פרטים כלליים

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

מקבל קצבה ממקור כלשהו? ❑ לא ❑ כן, פרט את סוג הקצבה _____

שם עמותה/חברה	מספר עמותה/חברה

כתובת

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני

❑ אני מאשר קבלת הודעות SMS

2 מידע מבוקש

המידע המבוקש: ❑ מידע אישי ❑ הנחיות ונהלים ❑ מידע לצורך מחקר אקדמאי ❑ אחר

_____

_____

_____

_____

_____

_____

אגרת בקשה

הטיפול בבקשה כרוך בתשלום אגרת בקשה בסך **20 ₪*** ובהתחייבות של המבקש לשלם אגרת טיפול והפקה.
אגרת בקשה ניתן לשלם באמצעות אתר התשלומים של הביטוח הלאומי www.btl.gov.il /תשלומים /תשלומים נוספים/אגרת חופש מידע או באפשרותך לפנות לממונה על חופש המידע ולבקש שישלח לך שובר תשלום.

* מידע שאדם מבקש אודות עצמו פטור מאגרת בקשה וכן מאגרת טיפול עבור 7 שעות עבודה.

התחייבות

אני מתחייב לשלם אגרת טיפול ואגרת הפקה עד לסכום של **149 ₪.** אם הממונה יודיע לי כי עלות הטיפול בבקשתי גבוהה יותר, תידרש ממני הסכמה נפרדת להמשך הטיפול.

תאריך _____ חתימה × _____

את הטופס יש לשלוח לכתובת הבאה:

המוסד לביטוח לאומי, שד' ויצמן 13, ירושלים 91909, לידי גלית גבאי, משרד הממונה על חופש המידע.
פקס 02 – 6540428 או מייל galitg@nioi.gov.il

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד