





מס' זהות



סוג
המסמך

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
סניף _____

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

1

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.
טלפון קווי	טלפון נייד	מס' פקס
☐ אני מאשר קבלת הודעות SMS		

2

[illegible]

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

תאריך	שם התובע	חתימה
אם הערר מוגש ע"י: ☐ אפוטרופוס ☐ מקבל גמלה ☐ אחר _____		
תאריך	שם מגיש הערר	חתימה