המוסד לביטוח לאומי
סניף _____

תאריך _____

(פנימי) מס' בקשה _____

טופס בקשה לקבלת מידע

לפי חוק חופש המידע התשנ"ח – 1998
המוסד לביטוח לאומי
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 המידע המבוקש

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

_____

_____

_____

_____

_____

_____

אגרת בקשה

הטיפול בבקשה כרוך בתשלום אגרת בקשה בסך **23 ₪*** 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 **173 ₪.** אם הממונה יודיע לי כי עלות הטיפול בבקשתי גבוהה יותר, תידרש ממני הסכמה נפרדת להמשך הטיפול.

תאריך_____ חתימה ✕_____

את הטופס יש לשלוח לכתובת הבאה:

עבור: אורחן אוחנה ממונה על חופש המידע מייל: hofesh-meida@nioi.gov.il
או בדואר לכתובת: המוסד לביטוח לאומי, רח' יפו 217 ירושלים