

מחוז _____

תאריך _____

אל: יו"ר הועדה הרפואית העליונה.
 (באמצעות נציג הועדות במחוז)

**ערעור על החלטת ועדה רפואית מחוזית
 לפי תקנות הנכים (ועדה רפואית עליונה) תשכ"ד 1964**

ערעור יוגש תוך 45 יום מיום קבלת הודעת קצין התגמולים על החלטת הועדה הרפואית.

1. פרטי המבקש

מספר ת.ז.	שם פרטי			שם משפחה	מס' תיק
טלפון	מיקוד	דירה	בית	רחוב	מען – עיר

2. התאריך שבו נתקבלה הודעת קצין התגמולים על החלטת הועדה הרפואית _____

דרגת הנכות שנקבעה ע"י הועדה הרפואית _____ בתאריך _____

3. הנני מערער על קביעת הוועדה המחוזית מתוך הנימוקים כדלקמן (ציין נימוקים מפורטים רפואיים המתייחסים לפגימה / ות)

רצ"ב תיעוד רפואי: _____

אני מצהיר על נכונות הנתונים

חתימה

*יש לחתום רק באם שולחים באופן לא מקוון

הערות:

1. יו"ר הועדה הרפואית העליונה רשאי להאריך ב 60 יום את המועד האמור לאחר בקשה מפורשת בכתב.

2. אם יש ברשותך נא צרף תעודות רפואיות, אישורים, חוות דעת וכו'.

3. אם המקום אינו מספיק – נא צרף דף נוסף.