

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**

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

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)

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

חתימת המערער \_\_\_\_\_

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.