

**טופס בקשה לקבלת מידע**

לפי חוק חופש המידע התשנ"ט - 1998  
 המוסד לביטוח לאומי  
 משרד הממונה על העמדת מידע לציבור

תאריך \_\_\_\_\_

(פנימי) מס' בקשה \_\_\_\_\_

**פרטים כלליים**

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

רחוב	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
מספר טלפון	מספר טלפון נייד	כתובת דואר אלקטרוני			
0	0				

הנני אזרח ישראלי / תושב ישראל (הקף בעיגול)

המידע המבוקש: המידע המבוקש הינו אודותיי / אחר (הקף בעיגול)

---



---



---



---



---



---



---



---

**אגרת בקשה**

הטיפול בבקשה כרוך בתשלום אגרת בקשה בסך 90 ש"ח\*. שובר לתשלום יישלח לך על-ידי הממונה לאחר הגשת הבקשה.

**התחייבות**

הנני מתחייב/ת לשאת באגרת טיפול ובאגרת הפקה עד לסכום של 240 ש"ח. אם הממונה יודיע לי כי עלות הטיפול בבקשתי גבוהה יותר, תידרש ממני הסכמה נפרדת להמשך הטיפול.

חתימת המבקש/ת \_\_\_\_\_

(\* מידע שאדם מבקש אודות עצמו פטור מאגרת בקשה, וכך מאגרת טיפול עבור 6 שעות עבודה).

את הטופס יש לשלוח לכתובת הבאה:

המוסד לביטוח לאומי, שד' ויצמן 13, ירושלים 91909, לידי חיים פיטוסי, משרד הממונה על העמדת מידע לציבור, פקס' 6540428-02.