

אל: המוסד לביטוח לאומי

תאריך _____

הנדון: בקשת "גוף ציבורי" לקבלת מידע רפואי / סוציאלי / שיקומי או תפקודי

אני הח"מ מבקש בשם _____ (שם המשרד) שהוא "גוף ציבורי" כמשמעו בחוק הגנת

הפרטיות - 1981, לקבל מידע / מסמכים שברשותכם לגבי:

שם (מלא) _____ מס' ת.ז. _____

המידע המבוקש הוא: 1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

המידע / המסמכים נדרשים לנו לצורך _____

כמתחייב עפ"י חוק הגנת הפרטיות אנו נשתמש במידע זה רק לצורך העניין המפורט למעלה, ומתחייבים בזה שלא להעביר מידע / מסמכים אלה לגורם אחר כלשהו.

שם פרטי _____ שם משפחה _____

תפקיד _____ חתימה _____ חותמת _____