

טופס בקשה למידע

לכבוד הממונה על יישום חוק חופש המידע

ממשרד הבריאות / בלשכה מחוזית באיזור

שם המבקש: \_\_\_\_\_ ת.ז. / מספר תאגיד \_\_\_\_\_

מס' טלפון: \_\_\_\_\_ מס' פלפון: \_\_\_\_\_ מס' פקס: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ כתובת email: \_\_\_\_\_

המידע המבוקש: \_\_\_\_\_

סיבת הבקשה: \_\_\_\_\_

לטיפול בבקשה יש לשלם אגרה בסך של 90 ₪.  
את התשלום ניתן לבצע באמצעות אתר האינטרנט של משרד הבריאות בכתובת [www.health.gov.il](http://www.health.gov.il) או בבנק הדואר לחן מס' 0038079.  
בנוסף, הנני מתחייב לשלם עבור איתור החומר והטיפול בו כמתחייב מתקנות לחוק חופש המידע, ולבד שסכום זה לא יעלה על 240 ₪ (סעיף 4 בתקנות).

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת המבקש: \_\_\_\_\_

