

תאריך: 09/01/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



ד"ר סמסון גבריאלה  
משפחה, פנימית וכללית

טלפון: 03-5425252

פקס: 073-2284275

כתובת: רחוב השל"ה 7, ת"א

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 205688468

שם פרטי: אביב

שם משפחה: רבי

טל.עבודה/נייד: 0542030892

000000000

טלפון:

מין: ז

17/08/1994

ת.לידה:



מיקוד 6967225

שמעון התרסי 36/8, תל אביב - יפו

כתובת:

0205688468

### אישור מחלה

הנני לאשר כי הנ"ל חלה/תה, האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

אינוה מסוגל/ת לעבוד מיום: 08/01/2023 עד יום: 12/01/2023 סה"כ: 5 ימים.

09/01/2023

חתימה וחותמת הרופא

תאריך