

ת.ז: 1326659307	שם המבוטח: חלילי חנה	מין: נקבה	ביטוח: 40800	ת.לידה: 15/09/2004
כתובת: התור 9/4 אלעד	מיקוד: 003-9152222	טלפון: 003-9152222		

מ.ט.טופס 3501000024	אישור מחלה
------------------------	------------

הנני לאשר בזאת כי:

עקב מחלה הרשומה בתיק הרפואי, המטופלת ששמה מופיע באישור זה אינה מסוגלת לעבוד. אישור זה ניתן מיום 20/10/2025 עד יום 21/10/2025 סה"כ יומיים

החל מ 11.2015 עפ"י חוק תקנות דמי מחלה אין לציין אבחנה באישור המחלה

רפא/מטפל: ד"ר רייפמן איירין	תשיו: 130544	תעמולה חתומה הרופא
תחום עיסוק: רפואת משפחה	טלפון: 03-9152222	
כתובת: שמאי 1 אלעד		

