


ת.ז: 1206925745	שם המבוטח:	זידמן אילה דרא	מין:	נקבה	ביטוח:	שיא	ת.לידה:	02/02/1998
	כתובת:	נהר הירדן 10 בית שמש		מיקוד:	99311	טלפון:	002-8008843	

מס. טופס  3166003107	<b>אישור מחלה</b>
---	-------------------

הנני לאשר בזאת כי:

עקב מחלה הרשומה בתיק הרפואי, המטופלת ששמה מופיע באישור זה אינה מסוגלת לעבוד. אישור זה ניתן מיום 24/07/2024 עד יום 07/08/2024 סה"כ 15 ימים

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

רפא/מטפל:	ד"ר יהלומי שלומי	תשיון:	87295	
תחום עיסוק:	נשים הריון בסיכון	טלפון:	02-9906000	
כתובת:	נהר הירדן 1 בית שמש			

תעמולה וחשיפת הרופא

