

תאריך: 25/01/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



ד"ר מסעוד עימאד

משפחה, פנימית וכללית

טלפון: 04-6661717

פקס: 04-6661721

כתובת: קניון נוף הגולן, בני יהודה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 302876008

שם פרטי: ארז

שם משפחה: גלבנדורף

טל.עבודה/נייד: 0504453304

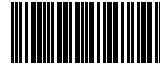
0504453304

טלפון:

מין: ז

04/01/1990

ת.לידה:



מיקוד 1292000

יהודיה 3, חספין

כתובת:

0302876008

אישור מחלה

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

אינוה מסוגל/ת לעבוד מיום: 25/01/2023 עד יום: 26/01/2023 סה"כ: 2 ימים.

25/01/2023

חתימה וחותמת הרופא

תאריך