

תאריך: 28/11/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה



מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

פרופ' דגן ירון

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: גלבנדרוף

טל.עבודה/נייד: 0504453304

0504453304

טלפון:

מין: ז

04/01/1990

ת.לידה:



0302876008

מיקוד 1292000

יהודיה 3, חספין

כתובת:

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגלת/ת לעבוד מיום: 26/11/2023 עד יום: 28/11/2023 סה"כ: 3 ימים.

מ.ר. גורם מפנה
פרופ' דגן ירון
27216

חתימה וחותמת הדופא

28/11/2023

תאריך