

תאריך: 12/10/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



פרופ' דגן ירון
משפחה, פנימית וכללית

פקס: 04-6661721

כתובת: חספין

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: גלבנדורף	שם פרטי: ארז
ת.לידה: 04/01/1990	מין: ז
תל.עבודה/נייד: 0504453304	טלפון: 0504453304
כתובת: יהודיה 3, חספין	מיקוד: 1292000

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 10/09/2023 עד יום: 10/09/2023 סה"כ: 1 ימים.

12/10/2023

תאריך

חתימה וחותמת הרופא