

תאריך: 05/02/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



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: גלבנדורף

טל.עבודה/נייד: 0504453304

0504453304

טלפון:

מין: ז

ת.לידה: 04/01/1990



מיקוד 1292000

יהודיה 3, חספין

כתובת:

0302876008

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 28/01/2024 עד יום: 01/02/2024 סה"כ: 5 ימים.

05/02/2024

חתימה וחותמת הרופא

תאריך