01/12/2021 :תאריך מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

ד"ר טקצמן רומן

משפחה, פנימית וכללית



046938078 :טלפון

0732284345 פקס:

כתובת: בן ציון נתניהו 22, חצור הגלילית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 302876008 שם פרטי: ארז שם משפחה: גלבנדורף

0504453304 :טל.עבודה/נייד 04/01/1990 0504453304 :טלפון מין: ז ת.לידה:

מיקוד 1292000 יהודיה 3, חספין כתובת:

<u>אישור מחלה</u>

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

סה"כ: 1 ימים. 29/11/2021 עד יום: 29/11/2021 אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום:

01/12/2021

חתימה וחותמת הרופא תאריך