

תאריך קבלת הטופס בקופה

יום	חודש	שנה
-----	------	-----



בקשה למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה

שם המעסיקה/המעביד										מספר תיק ניכ"ם										טלפון קו"י									
952316875										952316875										086758922									
מס' בית										יישוב										מיקוד									
הפניינים										אשקלון										טלפון פקס									

לכבוד קופת חולים / בית חולים _____ סורוקה _____
 בא להגיש עמרה רפואית ל: ☒ שבע ☐ מתנדב ☐ שבע זר ☐ אחר _____

שם משפחה		שם פרטי		מין		☒ זכר ☐ נקבה		מספר זהות / דרכון	
קרייזאי		אמיר						ס"ב 3 2 4 0 1 5 5 6 9	
כתיבה									
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה		דירה		יישוב	
רהט									
טלפון קווי					טלפון נייד				
					0 5 4 2 1 3 9 0 4 0				

פרטים כלליים

3

נפגע בתאריך 28/04/2022 בשעה 11:00 כאשר עבד ב עבודת ייצור סוג העבודה

מקום התאונה: ☒ במפעל ☐ ת. דרכים בעבודה ☐ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר

כתובת מקום התאונה
קיצוץ גבולות

תיאור התאונה - בזרע סלודנה כחולתה "ג'רניקס" נזרקה ונחתה, תוצאות חסותה נפסקו
ובאותו רגע השובב ברח מהמקום, עלה סימני חילוף נאים וזין על המוצר.

האיבר שנפגע שתיים חתימת הנפגע [חתימה] תאריך 01/5/2022 חתימת וחותמת המעסיק * [חתימה]

שם המאשר ותפקידו שניא סינדי - מנהל כספים תחתי 01/5/2022

[illegible]

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד