

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 25/08/2021 11:52
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER. # : E75410F8N771041

DATE, TIME	25/08 11:30
FAX NO./NAME	6751936
DURATION	00:21:16
PAGE(S)	43
RESULT	OK
MODE	FINE PC-FAX

08/2021 11:30

Page 1/43

ARIEL FREIBERG, ADV**אריאל פרייברג, עו"ד**

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

מ.ל.ב.

25.8.21

לכבוד

המוסד לביטוח לאומי

רחוב החשמונאים 15

רמת גן

באמצעות פקס: 03-6720103

א.ג.נ.,

הנדון: גלויה רוקח, ת.ז. 318047453

תאונה מיום 17.2.21

1. מצ"ב טופס תביעה לנכות בצירוף תיעוד רפואי רלוונטי.
2. לטיפולכם המסודר בתביעת מרשתי והימונה לועדה רפואית אודה.

בכבוד רב ובתודה.