

תאריך: 22/07/2025

מכבי שירותי בריאות

ד"ר מוריץ דור יחזקאל
משפחה, פנימית וכללית

מ.ר גורם מפנה



טלפון: 03-5004444

פקס: 073-2132665

כתובת: קדושי קהיר 20, בת ים

פרטי הנבדק:			
שם משפחה: דיאמונד ניניו	שם פרטי: ונסה	ת.ז.: 209588847	
ת.לידה: 21/07/1981	מין: נ	טלפון: 0546896600	טל.עבודה/נייד: 0546896600
כתובת: הרצל 81/5, בת ים	מיקוד: 5948209		

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 02/07/2025 עד יום: 02/10/2025 סה"כ: 93 ימים.

22/07/2025

תאריך

חתימה וחותמת הרופא