

תאריך הגשת הבקשה:

25/08/2025

שלום רב,

הנדון: בקשה לקבלת דו"ח רפואי, רופא/פראמדיק**פרטי מקבל השירות (חולה/נפגע)**

שם פרטי: מאור שם משפחה: מנשה

מס' זהות: 214977670 כתובת: תל אביב יפו, יפתח 4

מס' טלפון: מס' טלפון נייד: 0508263484

פרטי האירוע

תאריך האירוע: 04/03/2025 מיקום: כביש 471

מס' הודעת חוב: מס' הדו"ח המבוקש (ככל שידוע):

פרטי הפונה (מבקש המידע)

◀ ככל שמבקש המידע הינו מקבל השירות (החולה/נפגע) סמן בהתאם: כן ☐ לא ☒

קרבה לחולה/נפגע: עורך דין

שם פרטי: אריאל שם משפחה: פרייברג

מס' זהות: 066630930 כתובת: רמת גן, דרך אבא הלל 7

מס' טלפון: 037412358 מס' טלפון נייד: 0546544930

המטרה לשמה מתבקש המידע:

דרכי המצאה: ☐ באמצעות פקס שמספרו: ☐ באמצעות דואר, לכתובת: office@freiberg-law.com

◀ לצורך טיפול בבקשה, יש לצרף צילום קריא של תעודת הזהות ולצידה ספח פתוח.

◀ ככל שמבקש המידע אינו מקבל השירות בעצמו, חובה לצרף לבקשה כתב ויתור על סודיות רפואית-וס"ר (למעט בבקשת מידע ע"י הורים ביחס לילדיהם הקטינים).

◀ בנוסף לאמור לעיל, ככל שמבקש המידע הינו יורשו של מקבל השירות, חובה לצרף לבקשה צו ירושה/צו קיום צוואה, לשם הוכחת הזכאות לקבלת המבוקש.

אין עלייך חובה חוקית למסור מידע אישי למד"א ומסירתו תלויה ברצונך ובהסכמתך. השימוש במידע האישי שתמסור בטופס זה ייעשה כדי לבחון את בקשתך ולהשיב לה. למידע נוסף ניתן לעיין במדיניות הפרטיות המלאה הזמינה לעיון בכל עת באתר מד"א

מס' פקס למשלוח הבקשה: 03-6306046, או באמצעות דוא"ל: mida@mda.org.il

לצורך קבלת אישור משלוח פקס: 03-6301451.

חתימת המבקש,

