



תאריך קבלת הטופס בקופה

שנה	חודש	יום

בקשה למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה

מעסיק נכבד, נא עיין בדברי ההסבר שבעמוד 2 לפני מתן הטופס לעובד
טופס זה אינו משמש תביעה לדמי פגיעה. על מנת להגיש תביעה לדמי פגיעה יש
למלא טופס בל/211 הקיים באתר האינטרנט.

פרטי המעסיק		שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד	
מספר תיק ניכויים		פ.ד.ב.כ. סמל ידואן דג"מ	
טלפון קווי	מיקוד	יישוב	מס' בית
טלפון פקס	מיקוד	יישוב	רחוב / תא דואר
טלפון קווי	מיקוד	יישוב	מס' בית
טלפון פקס	מיקוד	יישוב	רחוב / תא דואר

לכבוד קופת חולים / בית חולים _____ נא להגיש עזרה רפואית ל: ☒ עובד ☐ מתנדב ☐ עובד זר ☐ אחר _____

מספר זהות / דרכון ס"ב 034896563	מין זכר ☒ נקבה ☐	שם פרטי אופיר	פרטי החובת שם משפחה כין
--	--	-----------------------------	--

[illegible]

4 הצהרת המעסיק

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו נכונים לפי מיטב ידיעתנו.
אנו מאשרים כי התובע הועסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן המחלק יום הפגיעה האחרת האחרת
שם העובד והתאריך

תאריך 18/10 תפקיד החותם א.ל.ר שם החותם חיה שחר חתימה וחותמת חיה שחר סגור יבוא והפצה בע"מ

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד