

המוסד לביטוח לאומי

אגף סיעוד

בשיתוף עם

שרותי בריאות
כללית

השירות לזקן
במשרד הרווחה

גוהל החלפת חברה

את הבקשה לפקסט ל- 5025604 ולהסגות לאותה רכזת העובדת מול חברת
הסיעוד הנבוכחית

שם הזכאי/ת: _____ ת.ז. _____
כתובת _____

טלפון _____

אני מבקש/ת לעבור מחברת _____ לחברת _____

הסיבה לבקשה להחלפת חברה

שם המבקש/ת: _____

קרבה לזכאי/ת: _____

טלפון איש קשר: _____

תאריך: _____