

תאריך: _____

לכבוד
משרד האוצר
הרשות לזכויות ניצולי השואה
רח' יצחק שדה 17
ת.ד. 57380
תל אביב 61572
טל. 03/5682651

הנדון: בקשה לפטור מהוצאות רפואיות בסעיף המוכר

שמי: _____
ת.ז.: _____
(מספר תיק: _____)

אבקשכם לפטור אותי מההוצאות הרפואיות בנכות המוכרת.
הנני חבר/ה בקופת חולים _____ סניף _____.

רצ"ב אישור רפואי המפרט את כל התרופות שאני נוטלת באופן
קבוע.

כמו כן הנני מבקש/ת לקבל פטור זה רטרואקטיבית החל מ-1.1.08,
כפי שהתחייב מנהל הלשכה לשיקום נכים מר פינטו בפני ועדת
החקירה הממלכתית בנושא הסיוע לניצולי השואה בראשות
השופטת בדימוס דליה דורנר (ר' עמוד 193 לדו"ח).

בברכה,
