

טופס ערעור לרופא

תאריך: \_\_\_\_\_

ערעור על החלטה של ועדה מקומית בבית חולים \_\_\_\_\_

מספר סידורי: \_\_\_\_\_ (יש לקבל מוועדה מקומית בה הוגשה הבקשה  
המקורית)

סוג טיפול המבוקש: \_\_\_\_\_

נימוק לערעור:

---

---