

טופס ערעור למטופל

תאריך: _____

ערעור על החלטה של ועדה מקומית בבית חולים _____

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

סוג טיפול המבוקש: _____

נימוק לערעור:
