

## הצהרה

לצורך פניה חוזרת בבקשה להחלפת תותבת שד

אני החתומה מטה, מצהירה שמאז שאושרה לי השתתפות משרד הבריאות במימון תותבת לשד בתאריך \_\_\_\_\_ לא עברתי שחזור שד ואני זקוקה לתותבת שד חדשה במקום תותבת השד הקיימת עקב: \_\_\_\_\_

/ /			
תאריך	ח ת י מ ה	מספר זהות	שם משפחה ופרטי