



שם: דר' קדישביץ הלנה  
תחום שירות: רופאה כללית  
כתובת: רח' סמילנסקי 27, רחובות  
טלפון: 9360333

פרטי הנבדק

|           |                    |          |       |                |            |
|-----------|--------------------|----------|-------|----------------|------------|
| שם משפחה: | שוסטר              | שם פרטי: | סמיון | ת.ז.:          | 304471295  |
| ת.לידה:   | 30/04/1958         | מין:     | ז     | טלפון:         | 0506778226 |
| כתובת:    | המתנדבים 15, אשדוד | מיקוד:   | 77451 | טל.עבודה/נייד: | 0506778226 |



אישור מחלה

הנני לאשר בזאת כי חברה/ חלה/תה ב-

- DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD
- LOW BACK PAIN

אינו מסוגל לעבוד מיום: 27/06/2013 עד יום: 30/06/2013 סה"כ: 4 ימים.

27/06/2013

תאריך

חתימה וחותמת הרופא