

מס' תיק \_\_\_\_\_

בית הדין האזורי לעבודה ב. \_\_\_\_\_

התובע/המערער: \_\_\_\_\_

**נ ג ד**

הנתבע/המשיב: המוסד לביטוח לאומי

## כתב תביעה / ערעור

1. מוגש בזה כתב תביעה / ערעור על החלטתו של המוסד לביטוח לאומי מיום \_\_\_\_\_
2. רצ"ב העתקים מההחלטה לפיה נדחתה תביעתי (סוג התביעה שהגשת) ל \_\_\_\_\_

פרטי התובע / המערער:

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות	
המען		מיקוד	מס' טלפון	מס' פקס	

3. נימוקי התביעה / הערעור:

---

---

---

---

---

---

---

---

חתימת המערער/ב"כ

תאריך