



## בקשה לשינוי מרישיון קיים - לרישיון חדש

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_  
ת.ז.: \_\_\_\_\_ ת.לידה: \_\_\_\_\_  
קופ"ח: \_\_\_\_\_  
אבחנה: \_\_\_\_\_ מתאריך: \_\_\_\_\_  
טלפון: \_\_\_\_\_ טלפון נוסף: \_\_\_\_\_  
כתובת מייל בכתב גדול וברור: \_\_\_\_\_

הרישיון שברשותי ניתן ע"י פרופ' אור: כן / לא  
בתוקף עד לתאריך: \_\_\_\_\_ הסיבה לבקשת השינוי: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

האם ידוע לך ההרכב שמתאים עבורך? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

השינוי הנדרש: \_\_\_\_\_  
תרכובת: \_\_\_\_\_ מדוע: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

משקל המבוקש: \_\_\_\_\_ מדוע: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_