



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: _____

עלות שינוי רשיון בר תוקף, משקל / תרכובת (תהליך הנפקה חדש) 500 ₪