



תאריך _____

_____ (פנימי) מס' בקשה

טופס בקשה לקבלת מידע

לפי חוק חופש המידע התשנ"ח – 1998
המוסד לביטוח לאומי
משרד הממונה על חוק חופש המידע

פרטים כלליים

1

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
מקבל קצבה ממקור כלשהו? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט את סוג הקצבה _____					
שם עמותה/חברה		מספר עמותה/חברה			
<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>					
כתובת					
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה	
דירה		יישוב		מיקוד	
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני	
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS					

מידע מבוקש

2

המידע המבוקש: ☐ מידע אישי ☐ הנחיות ונהלים ☐ מידע לצורך מחקר אקדמאי ☐ אחר

[illegible]

אגרת בקשה

הטיפול בבקשה כרוך בתשלום אגרת בקשה בסך **20 ₪*** ובהתחייבות של המבקש לשלם אגרת טיפול והפקה. אגרת בקשה ניתן לשלם באמצעות אתר התשלומים של הביטוח הלאומי www.btl.gov.il /תשלומים /תשלומים נוספים/אגרת חופש מידע או באפשרותך לפנות לממונה על חופש המידע ולבקש שישלח לך שובר תשלום.

* מידע שאדם מבקש אודות עצמו פטור מאגרת בקשה וכן מאגרת טיפול עבור 7 שעות עבודה.

התחייבות

אני מתחייב לשלם אגרת טיפול ואגרת הפקה עד לסכום של **149 ₪**. אם הממונה יודיע לי כי עלות הטיפול בבקשתי גבוהה יותר, תידרש ממני הסכמה נפרדת להמשך הטיפול.

תאריך: _____ חתימה: _____

את הטופס יש לשלוח לכתובת הבאה:

המוסד לביטוח לאומי, שד' יצמן 13, ירושלים 91909, לידי מר חיים פיטוסי, משרד הממונה על חופש המידע.
פקס 02 – 6540428 או מייל galitg@nloi.gov.il