



אישור על מוגבלות בשמיעה
(בהתאם להסדר מוסכם בתביעה ייצוגית)

הריני לאשר בזאת כי מר/גב' _____ ת.ז. מס' _____:

[] אדם עם ירידה בשמיעה של Db 40 לפחות באחת האוזניים.

וגם / או:

[] נושא מכשיר שמיעה או שתל שבלול, באוזן אחת לפחות.

חתימה + חותמת

רופא משפחה / רופא א.א.ג. / קלינאי תקשורת: _____

