



קרן קיימת לישראל
K K L - J N F

פקיד רישוי כלי ירייה: תל אביב

תאריך הגשת הבקשה: ____/____/____

חוק כלי ירייה תש"ט - 1949
סעיפים: 10 ב ו/או כל רופא אחר שיקבע, ככל שהדבר נוגע לבקשה זו.
רשימה מס' _____

נספח מס' 2

- הצהרה על ויתור סודיות והסכמה על קבלת מידע:
 1. אני החתום להלן מצהיר בזה, כי הנני מוותר על סודיות רפואית ואינני מתנגד להעברת פרטים בדבר מצב בריאותי לפקיד הרישוי מהרופא המטפל בי ו/או כל רופא אחר שיקבע, ככל שהדבר נוגע לבקשה זו.
 2. ידוע לי שפקיד הרישוי יפנה למשטרת ישראל לשם קבלת מידע עלי מן המרשם הפלילי והריני מסכים לכך.

מס' האירגון: _____ שם האירגון: **קרן קיימת לישראל** כתובת: **אשתאול, ד.ג. שמשון 99775** טלפון: **02- 9905767** פקס' **02- 9905765**

| מס' זהות | שם משפחה | שם פרטי | שם האב | תאריך לידה | תאריך עליה | ארץ עליה | הישוב/ עיר המגורים | מס' אישי בצה"ל | מועדי השירות | דרגה | סוג השרות: סדיר/מיל"/פ/טור שרות/לא שירת | * חתימת המוצע על ויתור סודיות |
|----------|----------|---------|--------|------------|------------|----------|--------------------|----------------|--------------|------|---|-------------------------------|
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

אני נושא ת.ז. _____ בעל רשיון מיוחד מס' אירגון: _____, מצהיר בזאת שהרשימה דלעיל נבדקה על ידי וכל המוצעים ברשימה שוהים בארץ כתושבים מעל שלוש שנים ברציפות והנם מעל גיל 21 שנים.

שם בעל הרשיון המיוחד: _____ חתימה: _____