



המחלקה לרישום ומידע רפואי  
טל': 03-9258304 פקס: 03-9258392

## בקשה להצתק מסמכים רפואיים

שם המבקש .....

מס' ת.ז. ....

כתובת רחוב מס' עיר ת.ד. ....

מס' טלפון מס' טלפון נייד .....

מבקש את העתקי המסמכים שלי ..... אחר .....

לצורך .....

המסמכים המבוקשים:

.....  
.....

הערות: .....

תאריך ..... חתימה .....

### אישור קבלת מסמכים רפואיים

אני הח"מ מאשר בזה כי קיבלתי לידי העתק המסמכים שביקשתי

.....  
תאריך שם ושם משפחה מס' ת. זהות חתימה

מס' דפים : \_\_\_\_\_

רצ"ב צילום תעודה מזהה:

תעודת זהות

דרכון

רישיון נהיגה