

המחלקה לרישום ומידע רפואי - תיעוד רפואי
טלפון: 08-9441256

בקשה להעתק מסמכים רפואיים

שם מלא של המבקש: _____
מס' ת.ז.: _____
כתובת: _____
מס' טלפון נייד: _____ טלפון נוסף: _____
הבקשה היא עבור מסמכים:
שלי / של אדם אחר - שם מלא: _____ ת.ז.: _____
לצורך: _____
המסמכים המבוקשים: _____

תאריך: _____ חתימה: _____