

מחלקת רישום ומידע רפואי
 תיעוד רפואי
 טלפון: 09-7472608 09-7472452 09-7472635 פקס:
 קבלת קהל בימים א'-ה' בין השעות 08:00-13:00

בקשה להצתק מסמכים רפואיים

שם המבקש

מס. ת.ז.

כתובת

רחוב	מס.	עיר	ת.ד.	מיקוד
------	-----	-----	------	-------

מס.טלפון מס.טלפון נייד

מבקש את העתקי המסמכים שלי אחר

שם ומשפחה	מס.ת.ז.
-----------	---------

לצורך.....

המסמכים המבוקשים :

.....

.....

מבקש שהחומר ישלח: בדואר רשום (בתוספת של 10 ש"ח)..... בדואר רגיל.....
 אישית ביד.....

ידוע לי שמדובר שחתמתי על קבלת המסמכים בדואר רגיל, הנני אחראי על אבטחת המידע שיגיע אלי ולא תהא לי כל תלונה או תביעה כנגד שירותי בריאות כללית בנושא.

תאריך..... חתימה.....

לבקשה יש לצרף צילום תצורת זהות

אני הח"מ שם ושם משפחה
 מס' ת.ז.

מאשר בזה כי קיבלתי לידי העתק המסמכים שביקשתי

.....
 תאריך חתימה

בקשות לא מתקבלנה פקס

