

טופס אישור ביקור קבוצות במרכז רפואי סורוקה

שם הארגון/ אדם פרטי _____

שם הנציג ומס' טלפון _____

מטרת הביקור _____

מחלקה שמעוניינים לבקר _____

מס' משתתפים בביקור _____

האם יחולק שי? כן/לא. אם כן נא לפרט _____

מועד ושעת הביקור הרצוי _____

***לאחר מילוי הטופס ושליחתו לכתובת Yaarahas@clalit.org.il

אישור סופי יינתן במייל חוזר

תודה.

הביקור אושר ע"י: _____ תאריך: _____