

ביקור בבית החולים סבן לילדים במרכז רפואי סורוקה

שם הארגון/ אדם פרטי _____

שם הנציג ומס' טלפון _____

מטרת הביקור _____

מס' משתתפים בביקור _____

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

מועד ושעת הביקור הרצוי _____

***לאחר מילוי הטופס ושליחתו לכתובת mayale2@clalit.org.il

אישור סופי יינתן במייל חוזר

תודה.