

תאריך: ____ / ____ / ____

לכבוד: יחידת הברות
מכבי שירותי בריאות ("מכבי")
רח' המרד 27
תל אביב

יפוי כוח לרישום קטינה/ לתכנית Welcome ("הדרכונאים")

פרטי ההורים:

שם משפחה האב:	שם פרטי האב:	מס' תעודת זהות / דרכון:
שם משפחה האב:	שם פרטי האב:	מס' תעודת זהות / דרכון:

פרטי הקטינה:

שם משפחה:	שם פרטי:	מס' תעודת זהות / דרכון:

פרטי מיופה הכוח:

שם משפחה:	שם פרטי:	מס' תעודת זהות:

הצהרה:

- אנו הח"מ, שהגנו הוריו של הקטין לעיל, מייפים בזאת את כוחו של האדון / גברת ("מיופה הכח") הנזכרת לעיל, כדלקמן:
1. לרשום את ילדנו/ילדתנו לתוכנית Welcome של מכבי ("תוכנית Welcome") ולצורך כך לכלול אותו במערכת שלכם במסגרת משפחתו של מיופה הכוח, עד שיימסר אחרת בכתב, לצורך קבלת השירותים הרפואיים הניתנים במסגרת התוכנית הנ"ל בהתאם לתקנונה.
 2. אנו מצהירים ומאשרים, כי עותק מתקנון תוכנית Welcome נמסר לידינו, וכי קראנו והבנו את השירותים הנכללים בו. לשמש כגורם משלם עבור התשלומים השוטפים (דמי חבר חודשיים ותשלומים שונים בגין צריכת שירותים) בגין חברותו של ילדנו/ילדתנו בתוכנית Welcome.
 3. בכל מקרה של צורך, חס וחלילה, במתן שירות רפואי לילדנו/ילדתנו ו/או בקבלת החלטה כלשהי בנוגע לנ"ל, מיופה הכח ישמש ככתובת ליצירת קשר, ולפי שיקול דעתו יהא מוסמך להחליט בנוגע לשאלות שתתעוררנה, לרבות הצורך להתייעץ עמנו.
 4. אנו מצהירים ומאשרים, כי ידוע לנו שכתוצאה ממתן יפוי כח זה, לרבות מרישומנו של מיופה הכח כ"גורם משלם" עבור ילדנו/ילדתנו, יהא מיופה הכח השוף למידע רפואי ו/או אישי אודות ילדנו/ילדתנו, ואנו מאשרים את חשיפת המידע כאמור למיופה הכח.

חתימה:

שם פרטי ומשפחה:	תאריך:	חתימה: