

## טופס מותאם למילוי במחשב

### איך ממלאים את הטופס?

#### שולחים



שלחו את הטופס בדואר אלקטרוני או בפקס, בהתאם להנחיות המפורטות מטה.

#### ממלאים



מלאו את הטופס. אם יש צורך בחתימה, מלאו את שמכם וסמנו  בתיבת הסימון לצד שמכם.

אל תשכחו לשמור (save)

בטפסים בהם נדרשת חתימה ידנית לא ניתן לחתום דרך המחשב. הדפיסו את המסמך וחתמו עליו בעט.

#### שומרים



הורידו את הקובץ ושמרו אותו על המחשב, באמצעות כפתור Download

#### הקובץ לא נפתח?

יש לפתוח את הקובץ באמצעות הגרסה העדכנית של תוכנת אדובי רידר (Adobe Reader). אם התוכנה אינה מותקנת על המחשב שלכם, [הורידו אותה בחינם מאתר Adobe <](#)



אם התוכנה מתריעה שיש להוריד חבילת גופנים (fonts), אשרו והתקינו אותה לפי ההוראות. לא הצלחתם? [למידע נוסף על פתיחת קבצי PDF והתקנת תוכנת אדובי רידר <](#)

תאריך: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## אישור על ביצוע טיפולי הסרת שיער לחברי 'מכבי שלי'

### פרטי המטופל/ת:

בשדות הבאים יש למלא את פרטי חבר/ת 'מכבי שלי' שעבר/ה את הטיפולים, גם אם הטיפול מוכן ע"י אדם אחר.

שם מלא:	מס' תעודת זהות:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

אני מאשר/ת בזאת שכל הטיפולים שעליהם אני מצהיר/ה בטופס זה בוצעו על ידי ולא על ידי אדם אחר.

התימת המטופל/ת:
<input type="text"/>

### פרטי המכון שבו התבצעו הטיפולים:

שם הרשת או המכון:	שם הסניף:	טלפון:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### פרטי הטיפולים:

יש להביא אישור על 3 טיפולים לפחות שבוצעו באותו איבר גוף.

תאריך הטיפול הראשון	איבר בגוף	תאריך הטיפול השני	איבר בגוף
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
תאריך הטיפול השלישי	איבר בגוף	עלות כוללת (הסכום ששולם בפועל, לאחר קיזוז זיכויים והחזרים):	מתוכה עלות קרמים, טיפולים ומוצרים שלא נכללים בזכאות:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	₪ _____	₪ _____

התימה וחתימת המכון: \_\_\_\_\_