

נספח 4

הנדון: בקשה להפסקת שימוש במשאבה

אל הספק: _____

פקס/מייל: _____

| שם החברה | מינימד | גפן מדיקל | פאדאגיס |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| סוג משאבה | MINIMED | OMNIPOD | TANDEM CONTROL IQ |
| פקס | 077-4702548 | 03-6900330/1/2 | 03-5797045 |
| דוא"ל | Rs.tlvdiaabetescs@medtronic.com | omnipod@geffenmedical.com | tandem@padagis.com |

הנני מצהיר בזאת כי בתום תקופת הניסיון **אני לא מעוניין** להשאיר ברשותי את המשאבה שקיבלתי לתקופה זו, וכי החזרתי את המשאבה לספק.

המשאבה הינה מסוג:

- MINIMED 740G – חברת מינימד
- OMNIPOD DASH PDM – חברת גפן מדיקל
- Omnipod 5 – חברת גפן מדיקל (*באישור גורם מוסמך)
- מערכת היברידיית G780 – חברת מינימד (*באישור גורם מוסמך)
- מערכת היברידיית טנדם CONTROL IQ – חברת פאדאגיס (*באישור גורם מוסמך)

מספר סידורי של המשאבה: _____

פרטי המטופל:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____

מס' ת.ז (9 ספרות): _____

כתובת המטופל: _____ טלפון המטופל: _____

טלפון נייד של המטופל: _____

חתימת המטופל: _____ תאריך: _____

מספר הזמנת רכש בסאפ/מספר התחייבות (ימולא על ידי הספק): _____

