

נספח 4

בקשה להפסקת שימוש במשאבה

הנדון: בקשה להפסקת שימוש במשאבה

אל הספק: _____ פקס/מייל: _____

שם החברה	מינימד	גפן מדיקל	פאדאגיס
סוג משאבה	MINIMED	OMNIPOD	TANDEM
פקס	077-4702548	03-6900330/1/2	03-5797045
דוא"ל	Rs.tlvdabetescs@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)
- ☐ מערכת היברידיית טנדם MOBI – 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): _____