

שלום רב,

שימו לב, חובה לצרף לטופס זה מסמכים רפואיים עדכניים ל-3 חודשים אחרונים!
באפשרותכם לשלוח את הטופס בפקס, בדואר אלקטרוני או להגישו במשרדי המרכז הרפואי (סניף).

מחוזות

swid_ga@mac.org.il	פקס' 073-2284278	טל' 03-7333334	מרכז
margolin_b@mac.org.il	פקס' 073-2132429	טל' 03-5484765	שרון
cohen_micl@mac.org.il	פקס' 073-213-2167	טל' 08-8618812	ירושלים-שפלה
besarabov@mac.org.il	פקס' 073-2132191	טל' 08-6267459	דרום
wolf_d@mac.org.il	פקס' 073-2132045	טל' 04-8808541	צפון

פרטים אישיים

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז. (9 ספרות)
רחוב ומס' בית	ישוב	מיקוד
תאריך לידה	גיל	
טלפון נייד	דואר אלקטרוני	
שם מגיש הבקשה	קרבה	

הסכמה לשליחת מידע רפואי בדואר אלקטרוני

אני הח"מ מאשר/ת ומסכים/ה בזאת כדלהלן:

אני מאשר/ת בזאת ל"מכבי שירותי בריאות" להעביר אלי מענה רפואי ומנהלי הנוגע לפנייתי לסיוע בעזרה סיעודית כתחליף אישפוז, בדואר אלקטרוני, לכתובת: _____

ידוע לי, כי בעת משלוח דואר אלקטרוני קיים סיכון שמידע רפואי שלי יימסר/יגיע למישהו אחר חוץ ממני, ולא באופן אישי לידי, על כל המשתמע מכך.

בהתאם לכך, אני פוטר/ת את מכבי מכל אחריות בקשר לאי הגעת החומר לידי או הגעתו לידי מי שאינו מורשה לכך על ידי.

ולראיה באתי על החתום:

שם פרטי ומשפחה	חתימה	תאריך / /
----------------	-------	-----------