

פרטי המטפל/ת

יש למלא את כל הפרטים

שם מלא _____ ת.ז. (9 ספרות) _____ תאריך / / _____

טלפון נייד _____

סוג רישיון טיפול

פיזיותרפיסט/ית מוסמך/ת

סטודנט/ית לפיזיותרפיה

מספר רישיון _____

בית ספר _____ קיבלתי הדרכה מ _____ בתאריך / / _____

פרטי הטיפול וחתימה

יש למלא את כל הפרטים

אני מאשר/ת בזה שטיפלתי ב:

שם המטופל/ת _____ ת.ז. המטופל/ת (9 ספרות) _____ במהלך חודש/שנה _____

מספר טיפולים (במילים+מספר) _____ הסכום ששולם החודש (במילים+מספר) _____

שם מלא וחתימה

מטפל/ת _____ מטופל/ת _____ הורה (במידה המטופל/ת קטין/ה) _____

*נא למלא בכתב מלא וקריא בעט
חובה למסור טופס מקורי ללא שימוש חוזר