

בקשה למידע - קבלת מסמכים רפואיים

ת.ז./דרכון:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____
שם האב: _____ תאריך הניתוח / הפעולה: _____
טלפון להתקשרות: _____ תאריך לידה: _____

מידע מבוקש: (סמן X בהתאם למבוקש)

- העתק מכתב שחרור
- דו"ח ניתוח
- תיק רפואי מלא
- בדיקות עיניים
- אחר: _____

אופן הפנייה:

שליחת פנייה לכתובת מייל: osnat@eintal.com / דואר רשום לכתובת: רח' הברזל 15, רמת החייל, תל אביב

אופן קבלת המסמכים: (סמן X במשבצת הרצויה)

- הגעה עצמית
- מיופה כוח - חובה לצרף טופס ויתור סודיות וייפוי כוח, כולל צילום תעודת זהות.

ידוע לי ששירות זה כרוך בעלות של 150 ₪

שם מלא _____ חתימה _____

בכל פנייה לבקשת מסמכים רפואיים חובה לצרף:
צילום תעודה מזהה, כולל ספח.

שם וחתימת מטופל.ת: _____ בתאריך: _____