

ב-0169



סמך/י ✓ בריבוע המתאים

לכבוד

קופת חולים

שם _____ כתובת _____

מוסד רפואי

שם _____ כתובת _____

אחר (פרט)

שם _____ כתובת _____

אישור מסירת מידע

אני החתום/ה מטה מבקש/ת למסור למוסד לביטוח לאומי ולאגף מס הכנסה כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו וכל מסמך רפואי או כל מידע אחר אודותי שיידרש ע"י הנ"ל.

ידוע לי כי אישור זה מהווה כתב ויתור על סודיות רפואית כלפי המוסד לביטוח לאומי ואגף מס הכנסה.

פרטי המבקש/ת

שם מלא	מספר זהות
--------	-----------

חתימה

תאריך