

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