



**מרכז רפואי
מעיני הישועה**

מיסודו של ד"ר משה רוטשילד ז"ל

מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
אוניברסיטת תל אביב
מקצועות רפואיים

תאריך הגשת הבקשה: _____

בקשה להוצאת מסמכים רפואיים

פרטי המטופל:

שם: _____

ת.ז.: _____

המסמך הדרוש: (לציין שנה) _____

פרטי מגיש הבקשה:

מטרת הבקשה: _____

שם: _____

ת.ז.: _____

יש לצרף צילום ת.ז. + ספח

כתובת: _____

טלפון בית: _____

נייד: _____

דואר אלקטרוני: _____

צילום רשומה רפואית כרוך בתשלום, עפ"י תעריף משרד הבריאות.
עלות הוצאת מידע רפואי 109 ₪ עבור 10 דפים ראשונים ועוד 0.5 ₪ כל דף נוסף.
תשלום 109 ₪ שולם \ לא שולם

כמות דפים: _____

תוספת לתשלום: _____



  [mymc.co.il](https://www.mymc.co.il)

מחלקת רשומות רפואיות
טל: 03-5771241 | פק: 03-5771267 | archive@mhmc.co.il