

יפוי כח לטיפול בפנייה לקופת החולים ו/או הגשת קבילה לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי

אני החתום מטה, מייפה את כוחו של המרכז הרפואי ת"א ו/או מי מטעמו, לרבות נציג מטעם המחלקה המשפטית במרכז הרפואי ת"א, לטפל עבורי ובשמי בפנייה לקופת החולים לקבלת טופס 17 לשירות ו/או להגיש קבילה לנציב הקבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

הנני מאשר למרכז הרפואי ת"א ו/או לנציג מטעמו לקבל מידע אודותיי ולמסור מידע, לרבות מידע רפואי, לקופה ו/או לנציב הקבילות ולמי מטעמם, ככל שהמידע נדרש לצורך בירור הבקשה לקבלת טופס 17 מהקופה.

פרטי המטופל מייפה הכוח (במקרה של קטין או אדם שמונה לו אפוטרופוס יש לוודא שהחותם הינו האפוטרופוס החוקי):

מספר תעודת זהות

שם פרטי

שם משפחה

כתובת

חתימה

תאריך

שם עד לחתימה: _____ תפקיד: _____ חתימה: _____ תאריך: _____