

יפוי כח

אני הח"מ,

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ מס' ת.ז. _____

תאריך לידה: _____

מייפה את כוחו של:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ מס' ת.ז. _____

לבקש ולקבל עבורי את הרשומה הרפואית או מידע רפואי אודותיי ממרכז כירורגי שוורץ-ארד.

לצורך זה הנני מצרף כתב ויתור על סודיות רפואית, חתום על ידי בפני עד. הנני מאשר למרכז כירורגי שוורץ-ארד

למסור למיופה הכח את המידע הרפואי שלי ומצהיר כי בהתאם לאמור לעיל, לא יהיו לי כל טענות בעתיד בנוגע.

• מצורף לייפוי הכוח צילום תעודה מזהה שלי וצילום תעודה מזהה של מיופה הכוח מטעמי.

ולראייה באתי על החתום היום בתאריך: _____

חתימה: _____

אישור עד לחתימה: _____ שם מלא _____ מס' ת.ז. _____ חתימה _____