

טופס ייפוי כוח וויתור על סודיות רפואית

הריני מייפה את כוחן של נציגות מוקד הסדרי בחירה במרכז הרפואי "הלל יפה" לפעול בשמי ולמעני מול קופת החולים שלי ו/או משרד הבריאות לצורך טיפול בפנייתי לקבלת התחייבות לטופס 17 מקופת החולים עבור שירות רפואי במרכז הרפואי "הלל יפה".

לצורך הטיפול בפנייתי, הנני מוותר על סודיותי הרפואית לטובת מוקד הסדרי הבחירה, ונותן בזאת את הסכמתי לקופת החולים שלי ו/או משרד הבריאות למסור את כל המידע הנחוץ לנציגות המוקד.

על החתום:

שם

תעודת זהות

חתימה
