

ב-0169



סמן/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