



המחלקה לרשומות ומידע רפואי

תאריך: _____

ייפוי כוח

אני (שם מלא) _____ ת.ז. _____

מייפה את כוחו של (שם מלא) _____

ת.ז. _____

לקבל בעבורי את המסמכים הרפואיים שביקשתי.

מצ"ב צילומי ת.ז של המטופל ובא כוחו.

בברכה,

חתימה _____