

תנאים לאישור טופס

חתימות

- החתימה תיחתם במעמד 2 עדים שאינם מקרבת משפחה ראשונה (בן, בת, בעל, אישה, הורים, אחים) העדים בחתימתם עדים לכך שנותן ההנחיה צלול ובהכרה מלאה בעת מילוי הטופס.
- אופן הכרות עדים - על העדים לסמן בראש העמוד את אופן היכרותם עם נותן ההנחיה.
- חתימת העדים - על נותן ההנחיה לחתום על הטופס יחד עם שני העדים שאינם מקרבת משפחה ראשונה באותו מעמד ותאריך.

טופס שיתקבל במרכז להנחיות רפואיות עם חתימות בתאריכים שונים, וללא כל הנתונים הדרושים מהחותמים, יוחזר לשולח ללא טיפול.

חתימת המאריך יש לחתום בפני שני עדים

(במידה והמאריך אינו דובר או קורא עברית, יש לזרף אישור מוסמך על מתרגם ההסברים וההוראות שבטופס)

אני חותם על מסמך זה לאחר שיקול דעת מעמיק ומתוך רצון חופשי ועצמאי, ולא מתוך לחץ משפחתי, חברתי או אחר.

תאריך _____ חתימה _____
טלפון _____ טל. נייד _____

חתימת העדים

(שני העדים צריכים לחתום באותו מצמד)

אנו החתומים מטה מעידים שחותם/ת המסמך דלעיל

מוכר/ת לנו אישית

הזדהה/תה בפנינו באמצעות תעודה מזהה הכוללת תמונה

עשה/תה כן בנוכחותי, וכי הוא/היא נראה בעיני שהוא/היא ערנית מדבר/ת לעניין, וללא סימנים להפעלת לחץ עליו/ה.

אני מצהיר שאינני מיופה כוחו/ה של החתום/ה ואינני מועמד להיות כזה, ואין לי כל אינטרסים כלכליים או אחרים מול חותם/ת המסמך.

(לא יהיה צד מי שהוא בצד אינטרס כלכלי או אחר, לרבות בן משפחה בצד אינטרס כלכלי או אחר, אך יכול שרופא או אחות יהיו צד).

עד 1: שם _____ ת.ז. _____
מען _____ טלפון _____ טל. נייד _____
חתימה _____ תאריך _____

התאריך ימלא
צ"י החותם

עד 2: שם _____ ת.ז. _____
מען _____ טלפון _____ טל. נייד _____
חתימה _____ תאריך _____