

טופס בקשה להעברת לקוח למרכז רפואי אחר

1 בקשת העברה
הריני מבקש/ת העברה מסניף: _____ במחוז: _____ לסניף: _____ במחוז: _____

2 פרטי הלקוח		
שם פרטי	שם משפחה	מספר תעודת זהות
כתובת עדכנית	מספר טלפון	מספר נייד
סיבת העברה: _____ האם הבקשה כוללת העברת שאר בני משפחה: <input type="checkbox"/> כוללת <input type="checkbox"/> לא כוללת		
חתימת הלקוח: * _____		

3 פרטי העובד והסניף	
שם הסניף	שם העובד/ת (שם פרטי+ שם משפחה)
חתימה וחתימת הסניף	חתימה וחתימת מנהל/ת המחוז
* _____	* _____

4 הערות
כל הפרטים לצורך ביצוע העברה העברה לסניף עצמאי (נפש רשומה) מחייבת אישור מנהל המחוז