



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 ניד
סיבת העברה: _____		
האם הבקשה כוללת העברת שאר בני משפחה: ☐ כוללת ☐ לא כוללת		
חתימת הלקוח: * _____		

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

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