

הצהרה לעניין ניפוק תרופות לנוסעים לחו"ל לתקופה של עד 3 חודשים

אל: רשת בתי המרקחת של לאומית שירותי בריאות

הצהרה				
אני החתום מטה _____ תעודת זהות _____ מצהיר/ה בזאת כדלקמן:				
ברצוני לרכוש תרופות המיועדות לטיפול כרוני אותו אני מקבל בישראל, לתקופה העולה על חודש ימי טיפול (עד מקסימום 3 חודשי טיפול), עקב נסיעה לחו"ל.				
תאריך היציאה: _____ תאריך החזרה: _____				
1. ידוע לי כי התרופה ניתנת כחלק ממשטר טיפולי שניתן לי בישראל וכי לאומית אינה אחראית למצבי הרפואי בחו"ל, הן בקשר עם מתן התרופה ונטילתה והן בכלל.				
2. ידוע לי כי לאומית לא תישא באחריות לכל נזק שיגרם לי בקשר עם מתן התרופה ונטילתה בחו"ל, לרבות נזק גופני ו/או כספי (לרבות ניפוק תרופות חליפיות בהשתתפות לאומית), הנגרם כתוצאה משימוש לא נכון ו/או אחסון לקוי לרבות: שבר, קלקול עקב אחסון בטמפרטורה לא נכונה במהלך הטיסות והשהות בחו"ל ו/או כתוצאה ממעשה או מחדל שלי ו/או של צד שלישי.				
3. ידוע לי כי אני נדרש/ת להקפיד על הוראות נטילת התרופה והוראות אחסונה לפי הוראות הרופא והעלון לצרכן המצורף לתרופה, במהלך הטיסות והשהות בחו"ל.				
4. ידוע לי שהטבה זו ניתנת למימוש כעת ואין התחייבות של לאומית לניפוק חוזר בתנאים אלו באותה שנה קלנדרית.				
5. הובהר לי כי מומלץ להיוועץ ברופא בכל מקרה של שינוי במצב הרפואי.				
שם משפחה	שם פרטי	חתימת המטופל	תאריך	בית מרקחת לאומית אליו משויך המטופל

הערה: טופס זה יישאר בבית המרקחת ויתויק בקלסר ייעודי.

העתק יימסר למטופל/ת.