

**טופס בקשה להעברת לקוח למרכז רפואי אחר  
(מעבר מסניף לסניף)**

<b>1. בקשת העברה</b>	
הריני מבקש/ת העברה מסניף: _____	במחוז: _____
לסניף: _____	במחוז: _____

<b>2. פרטי הלקוח</b>		
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: * _____		

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

<b>4. הערות</b>
כל הפרטים לצורך ביצוע העברה העברה לסניף עצמאי (נפש רשומה) מחייבת אישור מנהל המחוז