



חטיבת הרפואה
היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות
Mobility & Rehabilitation Technology unit

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

תאריך _____

פרטי המטופל (הנזקק למכשיר)

שם ושם משפחה _____

ת.ז. _____

הנדון: אישור קבלת תשובות בדואר אלקטרוני

עבור בקשות למכשירי שיקום וניידות שהוגשו למשרד הבריאות לצורך שליחת הודעה לגבי זכאותך, באפשרותך לבחור לקבל את התשובה, כולל מסמכי ההמלצה שהוגשו, באמצעות דואר אלקטרוני, ועדכון התהליך באמצעות מסרון (SMS).

שים לב, המסמכים כוללים מידע רפואי ועל כן התשובה תשלח באופן מאובטח.

לשם כך עליך למסור פרטי דוא"ל וטלפון נייד המשמשים אותך באופן קבוע.

במסירת כתובת דוא"ל ומספר טלפון נייד אני מאשר קבלת פרטי שובר בדוא"ל וקבלת מסרונים לעדכונים:

פרטי הפונה (איש הקשר לשליחת המייל והמסרון)

שם ושם משפחה _____

ת.ז. _____

קירבה בין הפונה למטופל (במידה והמטופל אינו הפונה): _____

דוא"ל הפונה: _____

טלפון נייד של הפונה: _____

אם בחרת שלא למסור דוא"ל וטלפון נייד – השובר ישלח אל המטופל בדואר ישראל.

חתימת הפונה _____