

מדינת ישראל

משרד הבריאות
מרכז קהילתי לבריאות הנפש-יפו
רח' חרבי מבכרד 5 תיא 66849
טל 5189489-03
פקס 6817546-03

תאריך: _____

מספרנו: 994-11

לכבוד

ויתור סודיות

אני החתום מטה, מוותר על סודיות רפואית במתן פרטים על אודות מחלתי
למרכז הקהילתי לבריאות הנפש ביפו.

שם _____

חתימת _____

ת.ז. _____