

מדינת ישראל

משרד הבריאות

מרכז קהילתי לבריאות הנפש – יפו
רח' הרבי מבכרך 5, יפו-ת"א 66849
ת.ד. 8676 יפו-ת"א 61086
טל. 03-5151111 פקס: 03-6817546

תאריך: _____

ויתור סודיות

אני הח"מ מוותר על סודיות רפואית במתן פרטים אודות מחלתי.

ל- _____

שם: _____

חתימה: _____

ת.ז.: _____