



יפוי כח

אני הח"מ, _____, ת.ז. מס' _____, מייפה את כוחו של
_____, ת.ז. מס' _____, לקבל עבורי את הרשומה הרפואית
שלי מהמרכז הרפואי תל אביב. לצורך זה הנני מצרף כתב ויתור על סודיות רפואית,
חתום על ידי בפני עד. הנני מאשר למרכז הרפואי תל אביב למסור למיופה הכח את
הרשומה הרפואית שלי.
מצורף ליפוי הכח צילום תעודה מזהה שלי וצילום תעודה מזהה של מיופה הכח
מטעמי.

ולראיה באתי על החתום היום _____

חתימה

אישור עד לחתימה: _____

חתימה

מס' ת.ז.

שם מלא