



המכון לסקר רפואי

THE INSTITUTE FOR
MEDICAL SCREENING

המרכז הרפואי ע"ש שיבא
תל השומר

THE CHAIM SHEBA
MEDICAL CENTER
TEL-HASHOMER

תאריך: _____

לכבוד,
המכון לסקר רפואי

הנדון: בקשה לביצוע בדיקת סקר לשנת 2024

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מס' תעודת זהות _____

שם האב _____ תאריך לידה ____/____/____ מין: ז / נ

כתובת פרטית _____

שם וחותמת החברה _____ תפקיד בחברה _____

טלפון בעבודה _____ טלפון נייד _____ טלפון בבית _____

כתובת המייל: _____

נא לסמן ב X את הקטגוריה שנבחרה:

סל 1 - 2,000 ₪ ☐

סל 2 - 2,200 ₪ ☐

סל 3 - 2,800 ₪ ☐ * הסל מיועד לבני 60 ומעלה (אחת ל - 3 שנים)

ידוע לי שהתשלום יבוצע ביום הבדיקה השנתית, המתקיימת אחת לשנה.

התחייבותי זו תעמוד בעינה כל עוד לא בוטלה (בהודעה בכתב, בטרם הבדיקה השנתית).

חתימת הנבדק/ת _____ .

את הטופס ניתן לשלוח למייל: M.S@sheba.gov.il

לברורים ניתן לפנות לרונית גבאי, טל: 03-5303590.

TEL-HASHOMER 52621, ISRAEL
TEL: (972-3)5303590, 5349619



תל השומר 52621
טל: 03-5349619 03-5303590

M.S@sheba.gov.il