

תאריך: _____

לכבוד
המרכז הרפואי ע"ש ח. שיבא
תל – השומר

בקשת סכום פטירה

שם הנפטר: _____ מספר זהות של הנפטר _____

תאריך פטירה: _____ להלן "המנוח/ה"

אני הח"מ שם: _____ מספר זהות: _____

כתובת: _____ מס' טלפון _____

כתובת דוא"ל: _____

מצהיר בזאת שאני בן / בת / אלמן / אלמנה של המנוח/ה הנ"ל במקרה של קטין (אב/אם)
(נא סמן).

אני מבקש סכום פטירה הדרוש לי לצורך:

במידה ויתברר כי לא הייתי זכאי לקבל המידע הרפואי, אני מצהיר ומתחייב לפצות ו/או לשפות את מדינת ישראל ו/או המרכז הרפואי ע"ש ח. שיבא בגין כל נזק ו/או סכום בו יחויבו עקב מסירת המידע הרפואי הנ"ל מיד עם דרישתכם. כמו כן אני נותן את הסכמתי כי המידע הרפואי הנ"ל יימסר לכל קרוב אחר מדרגה ראשונה של המנוח (הורים, ילדים, בן זוג).

אבקש לקבל את המידע באופן כדלקמן:

א. למסור לידי או לשלוח לכתובתי או לכתובת דוא"ל, סיכום פטירה בלבד.

ב. חתימת המבקש _____

ג. עד לחתימה _____ (עורך דין, רופא, אחות, רואה חשבון, מזכירת קופ"ח)

ד. ת.ז של העד _____

ה. חתימה וחותמת העד _____

לבקשת תיק מלא למי שאין ברשותו צו ירושה/ קיום צוואה+צוואה או צו בית משפט, יש למלא
תצהיר חתום ומאומת ע"י עורך דין.

+

אישור מחלקת רשומות או מזכירות רפואית:

זיהינו את המבקש עפ"י _____ שם המזהה _____ חתימה _____

נמסר / נשלח בתאריך: _____