

הצהרת המטופל

אני, הח"מ,

שם פרטי: _____ שם שפחה: _____ ת.ז: _____

מצהיר בזאת כי איני מבוטח בביטוח פרטי או לחילופין ביטוח משלים של אחת מקופות החולים, אשר מכסה עלות של תרופות שאינן כלולות בסל התרופות הממלכתי.

תאריך: ____/____/____ חתימה: _____