

טופס ויתור סודיות

פרטי הילד:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____
 מ.ז.: _____ כתובת: _____

אני החתום/ה מטה נותן/ת בזה רשות למכון מסילות אשדוד (ע"ר) ולמי שפועל מטעמה או בשליחותה למסור מידע/ לקבל מידע ל:

את כל הפרטים על בני/ביתי _____

ואני משחרר/ת אתכם ו/או את עובדיכם ו/או את מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירה על סודיות רפואית, ומוותר/ת על סודיות כלפי המבקש, ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לני"ל.

תאריך _____ שם: _____ מ.ז.: _____

חתימה: _____

פרטי העד לחתימה:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

מ.ז.: _____ תפקיד: _____

חתימה: _____ תאריך: _____