

אישור רפואי

אני הח"מ ד"ר רוי שוולד מספר רישיון 26722

מאשר בזה:

החולה אלי (מי) מריק מוכר במכון אונקולוגי 33807918 שם ת.ז. שם המכון

☐ החולה סיים טיפול אונקולוגי אקטיבי (קרנות, כימותרפיה, וכד') בשנה האחרונה

☒ החולה מתמודד עם מחלת הסרטן בהווה;

(אנא סמן אחד מהמשבצות לעיל- ואת המשבצת שלמטה)

☒ ואין מניעה רפואית שהחולה יצא לנופש קצר בארץ;

23.7.25

תאריך

ד"ר שוולד  
מ.ר. 26722  
רופאית  
חתימה וחותמת של הרופא  
2008

למילוי על ידי הפונה:

אני הח"מ, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
החולה האפטרופוס החוקי של החולה (אם הוא קטין)

מאשר בזה ש:

☐ אני אחראי על מצב בריאותי בזמן הנופש;

☐ אני משחרר את רפא נא בע"מ (חל"צ) ואת המארח (בעל הצימר/בית הארחה/בית מלון) מכל אחריות בנוגע למצב בריאותי. בכל מה שקשור למחלת הסרטן;

חתימה

שם החולה/אפטרופוס

תאריך

נא לשלוח את האישור בוואטסאפ למספר 0536226393 או למייל office@refanah.org או בפקס למספר 153536226393  
רפא נא מתחייבת לא לעשות שימוש במידע הרפואי שלא לצורך קביעת זכויות לנופש