

אישור רפואי

אני הח"מ ד"ר _____ מספר רישיון _____

מאשר בזה :

_____ החולה _____ מוכר במכון אונקולוגי _____
שם ת.ז. שם המכון

_____ החולה סיים טיפול אונקולוגי אקטיבי (קרנות, כימותרפיה, וכד') בשנה האחרונה ואין מניעה רפואית שיצא לחופשה בארץ;

_____ החולה מתמודד עם מחלת הסרטן, ואין מניעה רפואית שיצא לחופשה בארץ;

(אנא סמן אחד מהמשבצות)

_____ חתימה וחותמת של הרופא

_____ תאריך

למילוי על ידי הפונה:

אני הח"מ, _____ / _____
החולה _____ האפוטרופוס 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/אפוטרופוס

_____ תאריך

נא לשלוח את האישור לפקס : 153536226393 או לסרוק/לצלם ולשלוח למייל office@refanah.org

רפא נא מתחייבת לא לעשות שימוש במידע הרפואי שלא לצורך קביעת זכאות לנופש