

---

תאריך

לכבוד

משרד הבריאות פקס: 02-6474810

הנידון: בקשה לייפוי כח ברישיון למשנע

---

פרטי המטופל

שם משפחה

שם פרטי

בעל רישיון לקנאביס רפואי.

ת.ז.

אני מייפה את כוחו של

שם משפחה:

שם פרטי:

לשנע עבורי את התרופה.

ת.ז.

בתודה,

---

חתימה

מצ"ב צילום ת.ז. של המשנע. מצ"ב רישיון מקור