

תאריך

לכבוד

משרד הבריאות פקס: 02-6474810

הנידון: בקשה למעבר ספק

פרטי המטופל

| | |
|---------|--------------------------------|
| שם פרטי | שם משפחה |
| ת.ז. | מבקש ממשרד הבריאות להעביר אותי |
| מספק | לספק |

מהסיבות הבאות (לא חובה לפרט)

בתודה,

חתימה

חובה לצרף רישיון מקור