**ייפוי כוח**

אני מייפה את גב' ווסברג, מנכ"ל ומנהלת שירות לחולים- האגודה הישראלית לטרשת נפוצה (ע"ר)

לייצג אותי מול קופ"ח לאומית ומשרד הבריאות בנוגע להשתתפות עצמית ברכישת תרופות לטרשת נפוצה.

שם מלא\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ת.ז.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תאריך לידה\_\_\_\_\_\_\\_\_\_\_\_\_\\_\_\_\_\_ תאריך אבחון: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

כתובת\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

טל.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_מייל\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

המרכז שבו אני מטופל/ת \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_שם הנוירולוג\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם התרופה שאני מקבל/ת \_\_\_\_\_\_\_\_\_התשלום שהתבקשתם לשלם\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ₪

אחוזי נכות (אם יש)\_\_\_\_\_\_\_\_%

חתימה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

לשלוח במייל : agudaims@netvision.net.il או בפקס: 03-5377004

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

עבור האגודה הישראלית לטרשת נפוצה – לא קשור לייפוי הכח
מוכנ\ה להתראיין בתקשורת (רדיו\עיתון\טלויזיה):

בעילום שם בגלוי לא מוכנ\ה להתראיין

 6263