

מטופל/ת יקר/ה

לצורך שיפור השירות נודה לך באם תוכלי למלא את טופס הפרטים הבא:

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ת.ז. (כולל ספרת ביקורת 9 ספרות):

ס.ב.

רחוב: \_\_\_\_\_ מס' בית: \_\_\_\_\_ מיקוד: \_\_\_\_\_ ישוב: \_\_\_\_\_ ת.ד: \_\_\_\_\_

תאריך לידה: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ מצב משפחתי: רווק / נשוי / אלמן / גרוש

טלפון בבית: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ נייד: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ פקס: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

איש קשר: שם וקרבה \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

גורם מפנה: \_\_\_\_\_ ביטוח בריאות פרטי של חברת: \_\_\_\_\_

רופא משפחה: \_\_\_\_\_ קופת חולים: \_\_\_\_\_

תזכור מועדף: \_\_\_\_\_

ללא תזכור

מכתב

מייל

SMS

טלפוני

במידה ויהיה צורך לשלוח לך חשבונית או תוצאות בדיקה בדואר:

מסכים/ה, ומעדיף/ה לקבל בדואר (לפי הכתובת המצוינת לעיל).

מסכים/ה, ומעדיף/ה לקבל לכתובת הבאה (נא לציין מיקוד): \_\_\_\_\_

לא מסכים/ה, מעדיף לבוא ולקחת.

ידוע לי כי במקרה של משלוח בדואר יתכנו תקלות שאינן תלויות במכון ו/או בבית חולים.

אני פוטר/ת את מכון גסטרומד מכל אחריות ו/או טענה בדבר משלוח התוצאה ע"פ הפרטים הנ"ל.

לנוחיותך ולשיפור השירות בגסטרומד הקמנו שירות מקוון המאפשר קשר ישיר דרך אתר האינטרנט [מועדון גסטרומד] באמצעותו תוכל לקבל את תיקך הרפואי הכולל את כל הבדיקות המבוצעות במרפאה ושירותים מקוונים נוספים.

**www.my.gastromed.co.il**

אם ברצונך להצטרף לשירות זה אנא רשום את כתובת המייל שלך ונשלח אליך סיסמא

@

בתודה על שיתוף הפעולה  
צוות מכון גסטרומד

חתימה: \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_

גסטרומד - מרכז מומחים

רחוב ויצמן 14, תל אביב 6423914  
משרד: 03-6970700, פקס: 03-6956000  
mazkira@gastromed.co.il  
www.gastromed.co.il

GASTROMED - SPECIALIST CENTER

14 Weizmann street, Tel Aviv 6423914, Israel  
Office: 972-3-6970700, Fax: 972-3-6956000  
mazkira@gastromed.co.il  
www.gastromed.co.il