

תאריך _____/_____/_____

אל: _____ הספק: _____

הנדון: בקשה להפסקת שימוש במשאבה

הנני מצהיר בזאת כי בתום תקופת הניסיון אני לא מעוניין להשאיר ברשותי את המשאבה שקיבלתי לתקופה זו, וכי החזרתי את המשאבה לספק.

המשאבה הינה מסוג:

- MINIMED 740G - חברת מדטרוניק
- ACCUCHECK COMBO - חברת דין-דיאגנוסטיקה
- OMNIPOD DASH PDM - חברת גפן מדיקל
- מערכת היברידיית G780 - חברת מדטרוניק (באישור גורם מוסמך מאשר)
- מערכת היברידיית T-SLIM טנדם - חברת פאדאגיס (באישור גורם מוסמך מאשר)

מספר סידורי של המשאבה: _____

פרטי המטופל:

שם פרטי:	שם משפחה:	מס' תעודת זהות:
כתובת המטופל:	טלפון המטופל:	
טלפון נייד של המטופל:	חתימת המטופל:	תאריך:
מספר הזמנת רכש בסאפ/מספר התחייבות (ימולא על ידי הספק):		