

טופס מותאם למילוי במחשב

איך ממלאים את הטופס?

שולחים



שלחו את הטופס בדואר אלקטרוני או בפקס, בהתאם להנחיות המפורטות מטה.

ממלאים



מלאו את הטופס. אם יש צורך בחתימה, מלאו את שמכם וסמנו בתיבת הסימון לצד שמכם.

אל תשכחו לשמור (save)

בטפסים בהם נדרשת חתימה ידנית לא ניתן להתום דרך המחשב. הדפיסו את המסמך וחתמו עליו בעט.

שומרים



הורידו את הקובץ ושמרו אותו על המחשב, באמצעות כפתור Download

הקובץ לא נפתח? יש לפתוח את הקובץ באמצעות הגרסה העדכנית של תוכנת אדובי רידר (Adobe Reader). אם התוכנה אינה מותקנת על המחשב שלכם, [הורידו אותה בחינם מאתר Adobe](#) <



אם התוכנה מתריעה שיש להוריד חבילת גופנים (fonts), אשרו והתקינו אותה לפי ההוראות. לא הצלחתם? [למידע נוסף על פתיחת קבצי PDF והתקנת תוכנת אדובי רידר](#) <

אנא שימו לב לכך שמידע הנשלח באמצעות דואר אלקטרוני עלול להיחשף בפני גורמים לא רצויים ברשת האינטרנט. בעצם משלוח מידע למכבי שירותי בריאות באמצעות דואר אלקטרוני, הנכם פוטרם את מכבי שירותי בריאות מאחריות לדליפת המידע לגורמים לא רצויים ברשת האינטרנט, וזאת בטרם הגיע המידע אל מכבי שירותי בריאות.



הצהרה לעניין ניפוק תרופות לנוסעים לחו"ל לתקופה של עד 3 חודשים

הצהרה

- אני הח"מ _____ נושא/ת ת.ז. _____ מצהיר/ה בזאת כדלקמן:
ברצוני לרכוש תרופות המיועדות לטיפול כרוני אותו אני מקבל בישראל, לתקופה העולה על חודש ימי טיפול (עד מקסימום שלושה חודשי טיפול), עקב נסיעה לחו"ל.
תאריך היציאה: _____ תאריך החזרה: _____
- ידוע לי כי התרופה ניתנת כחלק ממשטר טיפולי שניתן לי בישראל וכי מכבי אינה אחראית למצבי הרפואי בחו"ל, הן בקשר עם מתן התרופה והן בכלל
 - ידוע לי כי מכבי לא תישא באחריות לכל נזק שיגרם לי בקשר עם מתן התרופה בחו"ל, לרבות נזק גופני ו/או כספי (לרבות ניפוק תרופות חליפיות בהשתתפות מכבי), הנגרם כתוצאה משימוש לא נכון ו/או אחסון לקוי (לרבות: שבר, קלקול עקב אחסון בטמפרטורה לא נכונה) במהלך הטיסות והשהות בחו"ל ו/או כתוצאה ממעשה או מחדל שלי ו/או של צד שלישי.
 - ידוע לי כי אני נדרש/ת להקפיד על הוראות נטילת התרופה והוראות אחסונה לפי הוראות הרופא ועלון הצרכן, במהלך הטיסות והשהות בחו"ל.
 - ידוע לי שהטבה זו ניתנת למימוש אחת לשנה קלנדרית בלבד.
 - מומלץ להיוועץ ברופא בכל מקרה של שינוי במצב הרפואי.

חתימה:

שם פרטי ומשפחה של החבר/ה:	חתימת החבר/ה:

הערה: טופס זה יישאר בבית המרקחת, ויוצמד למרשמי החבר/ה.
העתק ימסר למטופל/ת.