

הנדון: המחאת זכות

1. הובהרה לי זכותי לקבלת אביזר

באמצעות בית מלאכה לפי בחירתי הכלול במאגר בתי המלאכה שנקבע לכך על ידי
(שם הספק הזוכה).

2. ידוע לי כי חלקו של משרד הבריאות במימון האביזר נקבע בהתאם להוראות חוק
ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 וזאת בכפוף לתשלום השתתפות עצמית על
ידי, לבית המלאכה. בהתאם לכך משרד הבריאות יעביר לבית המלאכה שנבחר על
ידי לייצור האביזר ואספקתו, את חלקו במימון, לפי תעריף שנקבע על ידו לעניין זה,
ולאחר (שם הספק הזוכה) יאשר כי הוצגה בפניו האסמכתא הנדרשת (אישור רופא
מורשה) כי האביזר אכן סופק לי ונמצא מתאים לצרכי.

3. על מנת לאפשר את העברת חלקו של משרד הבריאות במימון לבית המלאכה, בכפוף
לקבלת מלוא האישורים לכך כי האביזר סופק לי ונמצא מתאים לצרכי, הנני ממחה
בזאת את זכותי לקבלת מימון משרד הבריאות לצורך קבלת האביזר האמור בסעיף
לבית המלאכה **יעד אורטופדיה מתקדמת בע"מ ח.פ. 512534264** וזאת מבלי לגרוע
מחובתי לשלם לבית המלאכה את ההשתתפות העצמית שנקבע לכך.

שם _____ ת"ז _____ חתימה _____

כתובת _____ טלפון _____ תאריך _____