



טופס בקשה לבדיקת סקר רפואי במכון מבת

הנני מבקש/ת להיבדק במכון מבת – מכון לבדיקות תקופתיות. עם קבלת הטופס בקשה יחזור נציג מהמכון לקביעת תאריך לבדיקה.

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

ת.ז. _____ כולל ספרת בקורת

תאריך לידה: _____ / _____ / 19_____
(חודש) (יום)

ארץ לידה: _____

מקום עבודה: _____ תפקיד במקום העבודה: _____

טלפון בעבודה: _____

טלפון סולארי: _____

ברצוני לקבל עדכונים בנושאים הקשורים לתרבות בריאות ורפואה מונעת וכל מיידע מביה"ח. נא לרשום את כתובת מייל בכתב ברור - על החתום: _____

_____ @ _____

מצב משפחתי: נשוי/ גרוש/ אלמן/ רווק מס' ילדים: _____

כתובת: _____

רחוב מס' עיר מיקוד

טלפון בבית: _____

קופ"ח: להקיף בעיגול- כללית/כללית מושלם / מכבי/מאוחדת /לאומית

תאריך הבדיקה הרצוי: _____

אנו נדאג לחזור אליך בהקדם.

תודה על שיתוף הפעולה

ובברכת בריאות צוות מ.ב.ת.

טלפונים: 08-9779986/1

פקס: 08-9779983