

טופס הצהרה על נסיעות בתחבורה ציבורית/ רכב

הנני _____ (שם פרטי ושם משפחה) הרשום והחתום מטה מבקש/ת החזר נסיעות בתחבורה ציבורית ו/או רכב פרטי לטיפולים אונקולוגיים/ דיאליזה מכתובת מגורי לבית החולים/מכון לתקופה / חודש _____ שנה _____.

פרטי המטופל:

שם פרטי _____
שם משפחה _____
מספר תעודת זהות _____
כתובת מגורי הלקוח (נקודת המוצא) : _____
כתובת המכון / בית החולים (נקודת יעד) : _____

פרטי הנסיעה:

סוג נסיעה : תחבורה ציבורית / רכב פרטי (נא להקיף בעיגול)
הנסיעה החל מכתובת : _____
הנסיעה הסתיימה ב כתובת : _____
עלות הנסיעה בתחבורה ציבורית (לכיוון) _____
כמות ימי הטיפול _____
כמות נסיעות (ימי טיפול כפול הלוך חזור) _____
סה"כ (עלות נסיעה * כמות נסיעות) _____

רצ"ב פירוט תאריכי טיפול (מסמך בית החולים/מכון)

חתימת המבוטח לעיל,

שם המבוטח _____ תאריך _____ חתימה _____