

לכבוד:

ויתור סודיות

הנני _____ נותן את רשותי והסכמתי לכם או לבא כחכם למסור ולקבל פרטים ועובדות אודות בתי _____ לגבי מצבה הסוציאלית, הפסיכולוגי והבריאותי והטיפול שניתן לה ו/או כל אינפורמציה אחרת שתידרש.

חתימה: _____

שם ומשפחה: _____

כתובת: _____

ת.ז.: _____

תאריך: _____