



לכבוד עמותת הקנאביס הרפואי (ע"ר)
מס' עמותה 580634582

תאריך: _____

אני _____ ת"ז: _____

כתובת _____

טל: _____ --- _____ ----

אימייל _____

קופ"ח _____

מאשר בזאת העברת פרטי האישיים לעמותת הקנאביס הרפואי (ע"ר)
לצורך המשך טיפול בתיק הרפואי שלי מול משרדי היק"ר (יחידת קנאביס רפואי)
וכל גורם המוסמך לסייע בענייני
בעקבות:

אודה על המשך הטיפול ויצירת קשר עמי

תודה מראש,

על החתום: _____
*ניתן לחתום דיגטלית