תאריך תחילת הטיפול הנוכחי: _____

פרטי הטיפול _____ תדירות הטיפול _____ משך זמן משוער של כל הטיפול _____

פרטי הטיפול _____ תדירות הטיפול _____ משך זמן משוער של כל הטיפול _____

פרטי הטיפול _____ תדירות הטיפול _____ משך זמן משוער של כל הטיפול _____

הערות: _____

חתימת הרופא: _____ תאריך: _____

מי שמבקש להבדק רק לצורך פטור ממס הכנסה ללא בדיקת נכות כללית או שירותים מיוחדים ישלח הטופס הנ"ל רק לאחר תשלום האגרה.

האגודה למלחמה בסרטן בישראל

מ.ה. 18468