



הסכם בין שמר שירותי מבדקים רפואיים בע"מ לבין פרופ' / ד"ר \_\_\_\_\_ להלן הרופא.

תאריך: \_\_\_\_\_

תחומים ותתי-תחומים רפואיים:

\_\_\_\_\_

מקום עבודה נוכחי: \_\_\_\_\_

1. הרופא ייתן חו"ד בתחומים של:

\_\_\_\_\_

2. הרופא ידאג להדפיס את חוות דעתו/תשובתו

3. תעריפי הרופא שניתנים למכון שמר:

• עיון בחומר רפואי כדי לבדוק את האפשרות של מתן חו"ד \_\_\_\_\_ שם כולל מע"מ.

• חו"ד: \_\_\_\_\_ שם כולל מע"מ. (מסכום זה יקוזז הסכום ששולם עפ"י סעיף א').

4. דרכי התקשרות עם הרופא (במידה והטופס ימולא בכתב יד נא לכתוב בכתב ברור וקריא)

• מספר טלפון בבית: \_\_\_\_\_

• מספר טלפון בעבודה: \_\_\_\_\_

• מספר סלולרי: \_\_\_\_\_

• מספר פקס: \_\_\_\_\_

• דואר אלקטרוני: \_\_\_\_\_

• כתובת למשלוח דואר: \_\_\_\_\_

5. הערות - מגבלות לגבי מתן חו"ד (האם יש מסגרות רפואיות שהנך מנע מלתת חו"ד מולם או סוגי חו"ד שאינך מעוניין לכתוב)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

חתימת וחותמת הרופא/ה: \_\_\_\_\_