

## טופס ייפוי כוח לקבלת תכשירים באמצעות שליח

אני החתום/ה מטה

שם: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_

תעודת זהות: \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_

טלפון: \_\_\_\_\_

כתובת מייל: \_\_\_\_\_

מייפה את בית המרקחת טלפארמה, שכתובתו: רחוב טוליפמן 7 ראשון לציון  
להעביר אלי תכשירים על ידי שליח.

### התחייבות

אני מתחייב/ת לספק את מרשם הרופא המקורי כנגד קבלת התכשירים.

אני מסכים/ה לקבל מידע וייעוץ תרופתי באמצעים המפורטים בפרטי  
ההתקשרות עם בית המרקחת.  
(טלפון, פקס, דואר אלקטרוני, צ'ט).

חתימה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_