

## הצהרה בדבר ביטוח רפואי

שם המשפחה: \_\_\_\_\_

שם פרטי: \_\_\_\_\_

מס' ת"ז: \_\_\_\_\_

- א. ידוע לי חובתי להיות מבוטח ביטוח רפואי בקופת חולים כל שהיא. חובה זו היא תנאי ללימודי במכינת הטכניון.
- ב. במידה ויחול שינוי כל שהוא בפרטי הביטוח הרפואי במשך לימודי במכינת הטכניון הנני מתחייב להודיע על כך בהקדם למחוקת חשבונות סטודנטים.
- ג. הנני חבר בקופת חולים (נא לסמן):

ההסתדרות הכללית

"אסף"

"מכבי"

הסתדרות הפועל המזרחי

הציונים הכלליים

עובדים לאומיים

אחרת, ציין \_\_\_\_\_

ד. אינני חייב בביטוח רפואי מהסיבה המפורטת מטה (נא לסמן):

אני חייל בשרות חובה מספר אישי: \_\_\_\_\_

סיבה אחרת \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_