



תאריך רישום: ____ / ____ / ____

כדי להקל עלייך את תהליך הרישום ללידה להלן התהליך: יש למלא טופס זה בכתב ברור וקריא
יש לצרף צילום תעודות הזהות של שני בני הזוג (כולל הספח) ולשלוח באמצעות הדואר לכתובת:

משרד מנהל רפואת נשים
ביה"ח בקור חולים
ת.ד. 492, ירושלים 91004

או באמצעות פקס: 02-6464464

פרטי היולדת

שם פרטי	שם משפחה	נא להקיף בעיגול	מספר זהות או מספר דרכון
		ת.ז. / *דרכון	
שם האב	מצב משפחתי, נא להקיף בעיגול	לאום	תאריך לידה : שנה/חודש/יום
	ר. נ. ג. א.		/ /
ארץ לידה	שנת עליה	מספר טלפון	מספר טלפון נייד
שם משפחה קודם	עובדת בפועל	משלח יד	תאריך נישואים: שנה/חודש/יום
	כן / לא		/ /
ארץ לידת האב	קופת חולים	תאריך לידה משוער: שנה/חודש/יום	
			/ /
מספר נישואים נוכחי	מספר ילדים	לידה מספר	תאריך וסת אחרון: שנה/חודש/יום
			/ /

כתובת

רחוב ומס':

עיר:

מיקוד:

פרטי בן הזוג

שם משפחה	שם פרטי	נא להקיף בעיגול	מספר זהות או מספר דרכון
		ת.ז. / *דרכון	
תאריך לידה : שנה/חודש/יום	לאום	שם האב	מצב משפחתי, נא להקיף בעיגול
/ /			ר. נ. ג. א.
ארץ לידה	ארץ לידת האב	משלח יד	

הנהלת בית החולים מפרסמת מודעת ברכה ליולדות אשר ילדו ב"בקר חולים" בעיתון משפחה. יולדות אשר הביעו את הסכמתן לפרסום, יקבלו שי מעת לעת מחברות למוצרי תינוקות. אם יש לך התנגדות לפרסום האמור ולקבלת השי אנא סמני ב X במשבצת זו.

פרטי הבנק אליו הזוג מעוניין כי יועברו כספי המענק מהמוסד לביטוח הלאומי:

שם הבנק	מספר סניף	מספר חשבון

*בעלי דרכון (היולדת או בן זוגה) מתבקשים להגיע למשרדי מנהל רפואת נשים על מנת לקבל הפניה למוסד לביטוח לאומי.

בשעה טובה ומוצלחת,

צוות קבלת חולים – מחלקת נשים ויולדות

פקס: 972-2-646-4289

טל: 972-2-646-4142 /358

מרכז זימון תורים 02-646-4444 Appointment Center

רחוב שטראוס 5, ת.ד. 492, ירושלים 91004 Israel 91004 5 Strauss St., POB 492, Jerusalem 91004

כתובתנו באינטרנט: www.bikurholim.org.il Internet site: