



תאריך: \_\_\_\_\_

## ויתור סודיות

אני הח"מ \_\_\_\_\_ מאשרת ל \_\_\_\_\_, מטפלת במרכז

הטיפול "קו האופק" - בקעת הירדן להעביר מידע הנמצא ברשותה מתוקף תפקידה

ל \_\_\_\_\_

בזה אני מוותרת/על סודיות המידע ולא יהיו לי כול תביעות על מסירת מידע.

שם: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_