



תאריך: \_\_\_\_\_

**בדיקת קרדיוולוג**

תעודת זהות: \_\_\_\_\_

שם המועמד: \_\_\_\_\_

א.ק.ג. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

בדיקה של רופא  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

מסקנה  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

חתימת הרופא: \_\_\_\_\_

Email: [gilat@kzineyam.org.il](mailto:gilat@kzineyam.org.il)

AKKO P.O Box 2066(24100)  
TEL 972-4-9851203  
FAX 972-4-9916284

ת.ד. 2066 עכו 24100  
טל' 04-9851203  
פקס 04-9916284