

ARIEL FREIBERG, ADV
IGAL RASKIN, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358 , Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

מ.ל.ב.

19.9.23

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף נפגעי עבודה – סניף רמלה
באמצעות האתר

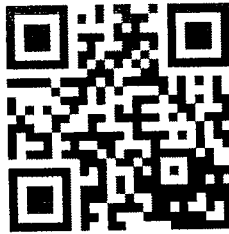
א.ג.נ.,

הנדון: משה אלון, ת.ז. 027750488
תאונה מיום: 14/5/23

1. מצ"ב טופס תביעה להכרה בתאונה כתאונת עבודה בצירוף מסמכים רפואיים.
2. לעיונכם וטיפולכם המסור בתביעת מרשי אודה.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד



לצפייה בסרטון הסבר על
מילוי הטופס ולמיצוי זכויות,
יש לסרוק את הברקוד

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

חובה לצרף לטופס זה

- תעודה רפואית ראשונה הנפגע בעבודה או דוח חדר מיון או סיכום מחלה מבית החולים וכן כל מסמך אחר המעיד על אבחנה רפואית כתוצאה מהפגיעה.
- עצמאי – אם פגיעתך ארעה בזמן עבודה מחוץ לעסק, עליך לצרף אישור מהגורם עבורו ביצעת את העבודה (כמו: חשבונית על ביצוע העבודה, הזמנת עבודה, תעודת משלוח וכדומה)
- עובד זר – חובה לצרף צילום דרכון; תושב שטחים חובה לצרף צילום תעודת זהויה והיתר העסקה משירות התעסוקה.
- מתנדב – עליך לצרף טופס הפניה למתנדב מהגוף המוסמך או תעודת מתנדב או כרטיס מתנדב.
- בתאונת דרכים יש לצרף אישור מהמשטרה, העתק מההודעה לחברת הביטוח והעתק מתעודת ביטוח חובה.
- במידה והתביעה מוגשת ע"י אפוטרופוס – יש לצרף צו אפוטרופסות.
- אם אתה מיוצג ע"י עורך דין**, יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח **באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות** באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם **מדובר ברואה חשבון או יועץ מס**, יש לצרף טופס בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".
- קורונה – יש לצרף הפניה לבדיקה ותוצאות בדיקת קורונה ראשונה, אישור מהמעסיק על סבירות גבוהה להדבקה במקום העבודה ופרטי ממונה הקורונה במקום העבודה.

לידיעתך

- עליך להגיש את התביעה תוך 12 חודשים מיום הפגיעה. על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחר) מיום הגשתה.
- תביעה שלא נחתמה ע"י התובע (בסעיפים 11 במקום המסומן ב-X), תוחזר בדואר ותיחשב כאילו לא הוגשה.
- בתביעה של עובד שכיר **על המעסיק** למלא את סעיפים 1 – 5 בעמודים 6-7 ולחתום במקומות המסומנים ב-X.
- משך זמן טיפול משוער בתביעה לדמי פגיעה הוא 60 יום**, (למעט תביעה למחלות מקצוע).
- לנוחיותך, **שילבי הטיפול בתביעתך מוצגים באתר האישי של המוסד לביטוח לאומי בכתובת www.btl.gov.il**
- אם נותרת בלתי מסוגל לעבודה, או אם חזרת לעבודה אך נשארה לך נכות – עליך להגיש תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בטופס בל/200.

כיצד יש להגיש את התביעה

- יש למלא את טופס התביעה על פי ההנחיות הרשומות בו ולצרף את המסמכים הנדרשים.
- את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:**
 - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il, ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- לשאלות וביירוים ניתן לפנות להתקשר למוקד 6050* או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

עמוד 1 מתוך 8

027750488

נא ציין את מספר תעודת זהות

מס' זהות / דרכון									
סוג המסמך									
0	1								
דפים									

הותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
הודעה על פגיעה בעבודה

☒ תאונה בעבודה ☐ מחלת מקצוע, פרט ☐ שכיח ☒ עצמאי ☐ מתנדב ☐ הכשרה מקצועית ☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי

1 פרטי התובע

מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)

שם פרטי

שם משפחה

027750488

שה

אלון

טלפון נייד

טלפון קווי

דואר אלקטרוני:

0525786759

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:

מס' זהות איש קשר

שם פרטי איש קשר

שם משפחה איש קשר

☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתי, אם לא סימנתי "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים – אם שונה מהרשום במשרד הפנים

מיקוד

יישוב

דירה

כניסה

מס' בית

רחוב / תא דואר

יריב

9

גסיה

2 פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אלא סעיף 2א

שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

תפקיד התובע במקום העבודה

שם מעסיק/ מפעל

מיקוד

יישוב

דירה

כניסה

מס' בית

רחוב / תא דואר

מספר פקס

טלפון נייד

טלפון קווי

האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☐ לא ☐ כן, פרט:

האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק: ☐ לא ☐ כן, פרט:

עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמורה לבצע)

סוג העיסוק

שם העסק

זריכת דין

סדר גשר אלון

מיקוד

יישוב

דירה

כניסה

מס' בית

רחוב / תא דואר

תל אביב

58

הרצות

טלפון נייד

טלפון קווי

טלפון פקס

0525786759

0525786759

035755540

2א'

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות:

☐ שב"ס

☐ משמר הכנסת

☐ צה"ל

☐ אחר

☐ משטרה

☐ משא"ז

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?

☐ כן ☐ לא

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.

3

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה

14/05/2023
שנה חודש יום

היום בשבוע

רביעי

שעת הפגיעה

09:00

תאריך הפסקת עבודה

שעת הפסקת עבודה

היכן אירעה הפגיעה?

☐ במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק

☒ בדרך לעבודה

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ מחוץ למפעל

☐ בדרך לביתך

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ תאונה בבניין

בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר
443 תל אביב לשלמי רחוב הרבנות

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף). נא פרט תאריך וזכרונות
לסדרה

האם נכחו עדים בתאונה? ☐ לא ☒ כן, פרט: יציר מלחמה

שם כתובת מספר טלפון
☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר

שם כתובת מספר טלפון
☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה

שנה חודש יום

שם מקבל ההודעה

תפקיד

טלפון

027750488

נא ציין את מספר תעודת זהות

4

פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף אישור על הפנייה הראשונה לקבלת טיפול רפואי)

האיבר שנפגע ראש, אגן, צוואר וכו'	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך) החלף	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה 27/05/2017 שנה חודש יום	תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה אסא הרצלי

האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים באיבר או האיברים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל? ☐ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת ומתי

יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטיים

פרטי הרופאים המטפלים

שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה	טלפון המרפאה
		שבה טופלתי או אני מטופל	

5

סיכום וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן
הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוננת ☐ בית חולים ☐ עמותה ☐ אחר

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין, יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע	כתובת	טלפון
ד"ר אריאל פרידמאן	אשא הרצלי, תל אביב	03-7412358

6

פרטים על תאונה

סוג התאונה	☐ תאונת דרכים. יש לצרף דו"ח משטרה והעתק מההודעה לחברת הביטוח. ☐ נפילה ממקום גבוה ☐ נפילה במדרגות או במדרכה פגומה ☐ התחשמלות ☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר ☐ תאונה בבניין שם האתר שם הקבלן המבצע
------------	--

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת נזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לפגיעה? ☐ לא ☐ כן

תביעה נגד	שם עורך הדין המטפל
כתובתו	מס' טלפון
מס' פקס	דואר אלקטרוני

האם יש ברשותך תמונות ממקום האירוע? ☐ לא ☐ כן. נא לצרף

התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר מס' תיק אזרחי

פירוט העיסוקים

7

לפני הפגיעה

- במהלך שלושת החודשים שלפני הפגיעה:
- א. ☐ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף * נא לצרף אישורים מתאימים.
- ב. ☐ הכנסתי נפגעה מהסיבה:
- ☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת * נא לצרף אישורים מתאימים.

לאחר הפגיעה

☐ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

☐ שהיתי בעסק / בעבודתי

עד תאריך	מתאריך	עד תאריך	מתאריך
שנה חודש יום	שנה חודש יום	שנה חודש יום	שנה חודש יום
עד שעה	משעה	עד תאריך	מתאריך
שנה חודש יום	שנה חודש יום	שנה חודש יום	שנה חודש יום
עד שעה	משעה	עד תאריך	מתאריך
שנה חודש יום	שנה חודש יום	שנה חודש יום	שנה חודש יום

☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____

☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

משעה _____ עד שעה: _____

עבודה במשמרות ☐

8

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל מניות בחברה בלבד

יש להמציא הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בנק, צילומי המחאות ועוד)

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת בפועל)

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת)

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות)

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה ☒

9

פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

שם הבנק שם הסניף / כתובתו מס' סניף מספר חשבון

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבוני הפרטי

10

פטור ממס הכנסה - יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי

11

הצהרת התובע/מגיש התביעה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.
☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביוזעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או יצירת חוב ועל כן, אני מתחייבת להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון הבנק תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממוחשבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

תאריך חתימת התובע X

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי שם משפחה מספר זהות מס' ב"ס קרבה לתובע

טלפון קווי טלפון נייד דואר אלקטרוני:

@

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: צו אפוטרופסות, פסק דין או ויתור סודיות - יש לצרפם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט: שם העד לחתימה ת.ז.

למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי - ימלא התובע)

פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

☐ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל – תוך כדי עבודה

מקום הפגיעה: _____ שעת הפגיעה _____

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: _____

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? ☐ לא ☐ כן בדרך כלל מועסק ב: _____

האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? ☐ לא ☐ כן 1. שם _____ ת.ז. _____

2. שם _____ ת.ז. _____

תפקיד הנפגע במפעל	מטרת יציאתו מחוץ למפעל	שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת	תפקידו

שעת היציאה	שעת החזרה הצפויה

תאונה בבניין: שם האתר _____ שם הקבלן הראשי _____ שם הקבלן המבצע _____	פגיעה בדרך לעבודה: באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? _____ איזו משמרת? _____ הכתובת שבה היה אמור לעבוד? _____

פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? _____ האם סיים בשעה הקבועה? ☐ כן ☐ לא,	הסיבה ליציאה המוקדמת: _____ הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו _____

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

שם המפעל / המעסיק _____

מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי _____

תאריך תחילת עבודה: _____

מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי

מספר ימי העבודה בשבוע: _____

היקף המשרה ב-%: _____

אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות _____

ממתי _____ עד מתי _____ נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה? ☐ כן ☐ לא

בטבלה שלהלן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החד פעמיות, ההפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

החודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא		שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו		שם התשלום
		יומי	חודשי		למנוחה	אחר	
חודש _____	_____	☐	☐	_____	_____	_____	_____
חודש _____	_____	☐	☐	_____	_____	_____	_____
חודש _____	_____	☐	☐	_____	_____	_____	_____
חודש _____	_____	☐	☐	_____	_____	_____	_____

☐ העובד שב לעבודה בתאריך _____

☐ האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? נא לפרט _____

☐ העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: ☐ כן ☐ לא

☐ לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____ סיבת הפסקת העבודה _____

שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר _____

שגור טופס 100 : ☐ כן ☐ לא שם איש קשר לבירור פרטי שכר _____ מספר טלפון: _____

זואר אלקטרוני: _____ @ _____

ותימת המעסיק _____ תאריך _____ שם ותפקיד החותם _____ חתימה וחותמת _____

(09.2023) 2

3

פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעסיק/קרן דמי מחלה

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעסיק? (נכון ליום הפגיעה)

☐ כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: _____

☐ לא, ☐ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו

☐ לא נצברו ימי מחלה

☐ אחר _____

☐ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקרן לדמי מחלה _____

(שם הקרן)

4

הצהרת המעסיק

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו נכונים לפי מיטב ידיעתנו.
אנו מאשרים כי התובע הועסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן _____

תאריך _____ תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה וחותמת ☒

5

פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____ ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.

☐ העובד אינו נכלל עם העובדים שבעבורם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.

מעסיק מאושר לפי סעיף 343:

☐ אני מעסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)

קיבוצי:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחותמת ☒

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך הפגיעה
60	027750488	14/05/2023 שנה חודש יום
שם משפחה	שם פרטי	
שלי	שר	
חבר בקופת חולים		
☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך _____ חתימת המבוטח x _____



מחלקה לרפואה דחופה
 מ"מ מנהל מלר"ד: ד"ר גל פחיס
 אח"ת אחראי/ת: נטלי כרדי
 טל: 08-9779910 פקס: 08-9779909

סודי רפואי

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממש לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות החוק, מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מרעה עבירה. מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

שם משפחה: אלון	ת. לידה: 26/03/1970 גיל: 53
שם פרטי: משה	ת. זהות: 27750488 מין: זכר
כתובת: סיון 3 מודיעין 7174552	מצב משפחתי: נשוי/אה 0
טלפון: 052-5796759	שם האב: שלמה שם האם: ליליאנה
זמן קבלה: 08:52 14/05/2023	קופ"ח מכבי
זמן פתיחת גיליון: 09:09 14/05/2023	מספר מקרה: 12020974
זמן שחרור: 10:00 14/05/2023	

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה

החלטה רפואית: שחרור

אבחנות במלרד

Rec	M/P	S/P	עיקרי	תאריך	צד	קוד	אבחנה
			✓			338.11	ACUTE PAIN DUE TO TRAUMA

לא ידועה רגישות לתרופות
 לא ידועה רגישות לחומרים

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

בדיקת רופא ראשונית

בן 53, היה מעורב בת"ד כאשר רכב שני נכנס מאחור, נחבל בגב, צוואר, ללא אובדן הכרה ללא הקאות
 בבדיקה - בהכרה מלאה, GCS 15 ללא מצוקה נשימתית
 ראש סימטרי, ללא סימני חבלה אישונים שווים מגיבים אור, ללא ניסטגמוס
 בית חזה סימטרי לא רגישות מעל צלעות או סטרנום
 כוח גס שמור ללא סימני צד
 תנועות גפיים ע"ש מלאות

מדדים אחרונים

BP	P	T	SAT
121/81	69	36.7	95

המלצות בשחרור

המלצה: משככי כאבים לפי הצורך
 מעקב רופא מטפל
 קומפרסים חמים
 נופשת מחלה: 2 ימים.

חלטה רפואית: שחרור

*** סודי רפואי ***

שם החותם

תפקיד
רופא/ה בכיר/ה

חתימת רופא

זמן חתימה
14/05/2023 09:57



מ.ר גורם מפנה



029213



קוד הפניה: 325028399

טלפון: 077-2299000

פקס: 077-2299099

כתובת: בית הרופאים-ערער 9 בית שמעון קניון עזריאלי, מודיעין (קניון מודיעין, בית שמעון קומה ג)

ד"ר דני יניב

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 27750488

שם פרטי: משה

שם משפחה: אלון

טל.עבודה/נייד: 0525786759

0778832368

טלפון:

מין: ז

26/03/1970

ת.לידה:



0027750488

מיקוד 7171415

תפוח 9, מודיעין-מכבים-רעו

כתובת:

התייעצות מומחה

- במכבי

אף אוזן גרון

תחום שירות:

גורם משלם: 25 ב.טלפוני שעת קורונה

תלונות: ת ד מנגנון צ שוט ב 14/5

תאונת שרשרת

פנה לאסה"ר

נבדק שוחרר זקוק לטיפול

יש כאב ראש וטנטון

אבחנה:

- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS
- WHIPLASH INJURY
- TINNITUS UNS

מעשנת/ לא

- FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (*) אבא נפטר בגיל 62
- ASTHMA (12/2017)
- OBESITY (30 =< BMI < 35) (09/2004)

בעיות ידועות:

- ELIQUIS 5MG X 60 1X2X90
- TADAM-MAC 20MG X 4 1X1X12
- RELVAR 184/22 X30 1X1X90

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: אודה על חוות דעתך

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 17/05/2023 עד תאריך - 13/11/2023

17/05/2023

חתימה וחותמת

תאריך

מ.ר גורם מפנה



029213



קוד הפניה: 325028220

טלפון: 077-2299000

פקס: 077-2299099

כתובת: בית הרופאים-ערער 9 בית שמעון קניון עזריאלי, מודיעין (קניון מודיעין, בית שמעון קומה ג)

ד"ר דני יניב

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 27750488

שם פרטי: משה

שם משפחה: אלון

טל.עבודה/נייד: 0525786759

0778832368

טלפון:

מין: ז

26/03/1970

ת.לידה:



0027750488

מיקוד 7171415

תפוח 9, מודיעין-מכבים-רעו

כתובת:

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 25 ב.טלפוני שעת קורונה

תלונות: ת ד מנגנון צ שוט ב 14/5

תאונת שרשרת

פנה לאסרה"ר

נבדק שוחרר זקוק לטיפול

- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS
- WHIPLASH INJURY

אבחנה:

- FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (*) אבא נפטר בגיל 62
- ASTHMA (12/2017)
- OBESITY (30 =< BMI < 35) (09/2004)

בעיות ידועות:

- ELIQUIS 5MG X 60 1X2X90
- TADAM-MAC 20MG X 4 1X1X12
- RELVAR 184/22 X30 1X1X90

תרופות קבועות:

מעשנת: לא

סיבת ההפניה: אודה על חוות דעתך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 17/05/2023 עד תאריך - 13/11/2023

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

17/05/2023

חתימה וחותמת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה 3555*. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.



סיכום מידע רפואי

לכבוד:

תאריך: 30/05/2023
ת.ז: 27750488
מין: זכר ○ נקבה ●

אלון משה
53.2

שם מטופל:
גיל:

בן 53
בתאריך 14.5.2023 עבר תאונת דרכים, מנגנון אחורי וקדמי.
פונה למיון בית החולים "שמיר" ושוחרר לאחר צילומים.
מלין מכאבים צוואריים הולכים ומחמירים, קושי בשינה, הגבלה בתנועות עמ"ש
צווארי וחגורת הכתפיים.
בנוסף כאבים בעמ"ש מותני וחגורת המתניים, הגבלה בתנועות בעיקר כיפוף
קדמי.

תלונה עיקרית:

מחלה נוכחית:
מחלות או ניתוחים בעבר:
תחפו:

מתהלך בגפו ללא עזרים, מצליח לבצע הליכת טנדם
הגבלה בתנועות עמ"ש צווארי על חשבון רוטציות כ-30 מעלות לכל כיוון מלווה
בכאבים בסוף תנועה. תנועות כיפוף ואקסטנציה מלוות בכאבים בסוף תנועה.
רגישות פראספינאלית דו"צ.

הגבלה בתנועות עמ"ש מותני בעיקר על חשבון כיפוף, מצליח להגיע עם הידיים
לירך מקורבת מלווה בכאבים והחמרת הכאב בזמן אקסטנציה של עמ"ש מותני.
הגבלה בתנועות רוטציות של עמ"ש

בדיקה:

ידיים ורגליים- כח גס תקין ללא קיפוח עצבי
ללא ערות החזרים או החזרים פתולוגיים

בדיקות עזר:

צילום-
מיפוי-
CT
MRI
U-S
E.M.G

BACK PAIN
CERVICALGIA
MVA INJURY
WHIPLASH INJURY

אבחנה:

פיזיותרפיה לחיזוק שרירים, שיפור טווחי תנועה, עבודה נוירודינמית לידיים
ולרגליים
רפואה משלימה- דיקור, שיאצו, טוינה
משככי כאבים לפי הצורך
מנוחה

המלצות:

הערות:

ד"ר אייל הנדלר

מומחה לכירורגיה אורטופדית
מ.ר. 1120667-1 מ.ר.מ. 1-39753



קוד הפניה: 026

טלפון: 08-9716220

פקס: 08-9716238

כתובת: יגאל ידן 37 מודיעין

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 27750488

שם פרטי: משה

שם משפחה: אלון

טל.עבודה/נייד: 0525786759

0778832368

טלפון:

מין: ז

26/03/1970

ת.לידה:



0027750488

מיקוד 7171415

תפוח 9, מודיעין-מכבים-רעו

כתובת:

מכון שמיעה

תלונות: כחודש לאחר תאונת דרכים מבזמן עבודה, חבלה מסוג WHIPLASH
חש כאבי אוזניים, ציפופים
שולל סחרחורות, היו בהתחלה מייד לאחר התאונה

ממצאים: נוקה צרומן, תופייות תקינות

אבחנה:

- WHIPLASH INJURY
- TINNITUS UNS Bi-Lateral

אבא נפטר בגיל 62 (*) FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS
ASTHMA (12/2017)
OBESITY (30 =< BMI < 35) (09/2004)

בעיות ידועות:

הבדיקה הדרושה	
92557	בדיקת שמיעה מעל גיל 5

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

28/06/2023

תאריך

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

חתימה וחותמת הרופא

לזימון תור למכון הקרוב למקום מגוריך או למכון אחר המופיע בהפניה, עליך לפנות למרכז זימון תורים: *3555 או ל 1-700-50-53-53
תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 28/06/2023 עד תאריך - 25/12/2023

תאריך: 18/09/2023

מ.ר גורם מפנה



017210

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

טלפון: 08-9268118

פקס: 08-9268117

כתובת: רח' קיפודן 18, מודיעין

תלן אורתופדיה ילדים

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:



0027750488

שם משפחה: אלון

שם פרטי: משה

ת.לידה:

26/03/1970

מין: ז

טלפון:

0778832368

ת.ז.: 27750488

טל.עבודה/נייד: 0525786759

מיקוד 7171415

כתובת:

תפוח 9, מודיעין-מכבים-רעו

תשובת יועץ

לכבוד:

ד"ר יניב דן

בבדיקה שנעשתה ב: 18/09/2023

עקב: תאונת דרכים במנגנון שרשרת ב-14.5.2023, במסגרת העבודה. מאז כאבים בצוואר עם קרינה לכתף ימין. נימול בידים בלילות לעתים.

ממצאים: הליכה תקינה. הגבלה בתנועות הצוואר, רגישות מעל הצוואר והשכמות, כוח שרירים תקין, תחושה תקינה, החזרים גידיים תקינים ושווים.

• WHIPLASH INJURY

אבחנה:

סיכום והמלצות: הפניה לפיזיותרפיה הפניה לצילומים

ביקורת והמשך מעקב: מוזמן למעקב: על פי צורך

18/09/2023

תאריך

פרופ' אורי גבעון
מומחה לכירורגיה אורתופדית
ואורתופדיה של ילדים
מ.ר 17210 מ.ת.מ. 14401

חתימה וחותמת הרופא



029213



קוד הפניה: 325028220

טלפון: 077-2299000

פקס: 077-2299099

כתובת: בית הרופאים-ערער 9 בית שמעון קניון עזריאלי, מודיעין (קניון מודיעין, בית שמעון קומה ג)

ד"ר דני יניב

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 27750488

שם פרטי: משה

שם משפחה: אלון

טל.עבודה/נייד: 0525786759

0778832368

טלפון:

מין: ז

26/03/1970

ת.לידה:



0027750488

מיקוד 7171415

תפוח 9, מודיעין-מכבים-רעו

כתובת:

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 25 ב.טלפוני שעת קורונה

תלונות: ת ד מנגנון צ שוט ב 14/5

תאונת שרשרת

פנה לאסה"ר

נבדק שוחרר זקוק לטיפול

- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS
- WHIPLASH INJURY

אבחנה:

- FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (*) אבא נפטר בגיל 62
- ASTHMA (12/2017)
- OBESITY (30 =< BMI < 35) (09/2004)

בעיות ידועות:

- ELIQUIS 5MG X 60 1X2X90
- TADAM-MAC 20MG X 4 1X1X12
- RELVAR 184/22 X30 1X1X90

תרופות קבועות:

מעשנת: לא

סיבת ההפניה: אודה על חוות דעתך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 17/05/2023 עד תאריך - 13/11/2023

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

17/05/2023

חתימה וחותמת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

מספר תיק פלא 219722/2023
סיווג תיק ת.ד., כללי
מס' מסמך בתיק ד
תאריך 05/06/2023, ט"ז סיון תשפ"ג, 14:33

יחידה שלוחת בוחנים שפלה מחוז מרכז
כתובת הרצל 206, רחובות
טלפון 089371599
פקס 089770134
דואל bohanim.shfela@police.gov.il

לכל המעוניין

תאריך התאונה 14/05/2023 בשעה 08:00

מקום התאונה

בכביש בין עירוני כביש מס 443 ק"מ מס 8.0

הערות מקום

פרטי כלי הרכב והמעורבים

פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
4146730	פרטי נוסעים	פיאט איטליה
חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
ביטוח ישיר	1352631603	ישראלית

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
בעל רכב	22513980	פפו רונן	30/06/1966	כ האורנים, יפה נוף 53		
נהג	324198167	פפו אושר	13/12/2002	כ האורנים, יפה נוף 53	אסף הרופא/שמיר - צריפין	קלה
נוסע	324198159	פפו מתן שמואל	13/12/2002	כ האורנים, יפה נוף 53	אסף הרופא/שמיר - צריפין	קלה

תחנת מודיעין
07-08-2023
משטרת ישראל



פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
43819802	פרטי נוסעים	טויוטה טורקיה
חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
מנורה	3323156824	ישראלית

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	27750488	אלון משה	26/03/1970	מודיעין, תפוח 9	אסף הרופא/שמיר - צריפין	קלה

פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
1415433	פרטי נוסעים	רנו טורקיה
חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
		ישראלית

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	22172969	גואטה רפאל	07/03/1966	מודיעין, עמק דותן 3		

פרטי הולכי רגל

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה

כמות נפגעים

כמות נפגעים	מצב התיק	מתאריך
3	בחקירה	21/05/2023

תחנת מודיעין
07-08-2023
משטרת ישראל

פרטי המטפל בתיק



שם פרטי	שם משפחה	מ"א
עִינָת	עוזרי	1902932

פרטי השוטר המוסר

מספר אישי	שם פרטי	שם משפחה	דרגה	תפקיד
1045400	דרור	ישראלי	רסב	חוקר משל

מקום שרות

חתימה
05/06/2023 14:33

משרד אחמ מודיעין שפלה

תחנת מודיעין
07-08-2023
משטרת ישראל

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א' אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)				
שם האב	תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה	
	027750488	רנה	אילן	
טלפון	מיקוד	עיר	מס'	רחוב
		77777	9	1234

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאות ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאות ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א – 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופת-החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב וויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב' שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____				
רופאים:	מכונים, מעבדות:	1. _____	2. _____	3. _____
4. _____	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____

במקרה של קטין: שם האב _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 19.9.25 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____
מ.ר. 62254

יפוי כח

אני הח"מ, _____ שם _____ ס'ס'ן _____
ת.ז. מס' _____ 027795048, מרחוב _____ רח' _____
ממנה בזה את עויד אריאל פרייברג ו/או _____ להיות באי כוחי במשפט של
נגד _____ בענין תאונת דרכים מיום _____
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הבהאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 19 לחודש 9 שנה 23

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פריברג, עו"ד
מ.ר. 62254

עורך-דין

