



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



ספטמבר 2024
Office@freiberg-law.com

מבלי לפגוע בזכויות

- פניה שניה -

לכבוד
משרד הכלכלה והתעשייה
באמצעות פקס : 074-7058815

א.ג.נ שלום רב,

הנדון: אמיר קרינאוי, ת.ז. 324015569
פגיעה מתאריך 28/4/22

הריני מייצג את מרשי שבנדון והנני מתכבד לפנות כדלקמן:

1. מרשי שבנדון הועסק בשנת 2022 במפעל "פולימר גבולות" (ח.פ. 511619074) שבקיבוץ גבולות, בנגב המערבי

2. בתאריך 28.4.22, אירעה שריפה במפעל בו עבד ומרשי נפגע ונזקק לקבלת טיפול רפואי.

3. אודה לעיונכם וטיפולכם המסור בקבלת התיעוד הרלוונטי הנוגע למרשי, לרבות דו"חות העסקה, דו"ח אירוע השריפה לרבות דו"ח חקירת השרפה וכל המסמכים המצויים בידכם הנוגעים בדבר.

4. לעיונכם וטיפולכם המסור אודה.

*רצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים על ידי מרשי

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד

פרייברג רסקין עורכי דין

אני הח"מ. 324015569 מרחוב 23 21 6 7 הא
 ת ז מס' את ש"ד אריאל פרייברג ו/או להיות באי כוחי במשפט של
 ממנה בזה בענין תאונת דרכים מיום
 נגד

מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
 הפעולות הנאות, 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
 חשוד לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנובע מהליך הנ"ל
 ללא יוצא מן הכלל.

2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת נשיטת 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 רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם 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 לני ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המיפוט 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 26 לחודש 4 שנה 2023

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרייברג

מס' רשומה 62254

עודד-ד"ר

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א' אני החתום מטה (במקרה של קטין יורשמו פרטיו)			
שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
71 23 30	66	324095569	
רחוב	מס'	עיר	מיקוד
			טלפון

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 שתליתי 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 אף 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 יכח 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 קופת"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____			
רופאים:	1	2	3
מכונים, מעבדות:	1	2	3
	4	3	4

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

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

תאריך: 26.9.23 עד לחתימה ומס' ת.ז. עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשיון: 62254 חתימה: X