

ת צ ה י ר

אני הח"מ עזר גרין איבערל ת.ז. 212878730 התובע / אפטרופסו של התובע _____
 בתיק אזרחי מס' _____ בבימ"ש ה _____ ב _____ לאחר שהוזהרתי כי עלי
 להצהיר את האמת וכי אהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר בזאת בכתב כדלקמן:

1. להלן רשימת מחלות שהיו לי/לתובע ושחייבו אישפוז במוסד רפואי:

<u>תאריך</u>	<u>המחלה</u>	<u>המוסד הרפואי בו קיבלתי טיפול</u>
	בילדתי, אולסרטי, עקב זלמן, סאצנאלה. לפני לפני, יאט-והני, אמת, נטלת פה מסמיות מקור - אצנאלה.	

2. להלן פרטים על תאונות שהיו לי/לתובע:

<u>תאריך</u>	<u>הפגיעה</u>	<u>המוסד הרפואי בו קיבלתי טיפול</u>
	לפני הני	

3. זה שמי, זו חתימתי ותוכן תצהירי אמת.


 _____ X
 חתימה

הנני מאשר בזה כי ביום 24/7/20 הופיע בפני עורך-דין מר/ר' איתן במשרדי ברח' ז'בוטינסקי
 33, ר"ג, מר/גב' עזר גרין שזוהי עצמו על-ידי תעודת זהות מס' _____ ואחרי שהוזהרתי
 כי עליו להצהיר את האמת וכי יהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק אם לא יעשה כן, אישר את נכונות
 הצהרתו הנ"ל וחתם עליה.

מליה קינור, ע"ד
 מ.ר. 16828
 בוטינסקי 33, מנהל חשבושים
 רמת-גן 52511
 טל' 03-7517378

24/7/20
 תאריך

תצהיר בריאות