

יבוי כח

שם: אשרה מרצ'ל הו"י הקל'ה עזר

ת.ז.מ.פ. מס' 300587284 מרחוב מ"ל 12 זנ זיך  
058087664

ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי בהליך של גד  
בענין מיום מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי ורשאי לעשות ולפעול בשמי  
ובמקומי בכל הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, דרישה ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למינוי רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
3. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכת, בדרגה בה הוגש.
4. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
5. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הסיומיים.
6. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
7. 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.
8. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות הנוגעות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
9. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
10. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
11. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מןן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לבטלם 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 27 לחודש 7 שנה 2025

חתימה: אשרה מרצ'ל X עו"ד אריאל פרייברג  
מס' רשיון: 62254 מס' רשיון  
הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין

**טופס בקשת מידע רפואי וניתור על סודיות רפואית**

**חלק א'**

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

|                               |                             |                                       |                              |
|-------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|------------------------------|
| <u>שם משפחה</u><br><b>שרץ</b> | <u>שם פרטי</u><br><b>דן</b> | <u>תעודת זהות</u><br><b>233278423</b> | <u>שם האב</u><br><b>שלמה</b> |
| <u>רחוב</u><br><b>ח' 12</b>   | <u>מס'</u><br><b>12</b>     | <u>מיקוד</u><br><b>5494</b>           | <u>טלפון</u><br><b>05494</b> |

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאהו, עובדיהו ו/או מי מטעמו 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 הבריאותי 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 נסנימי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או שיתור לרם 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 ומשולם לי.

הנני נוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אף כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למו מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיהלן, כל טענה או תביעה משוג 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 ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: \_\_\_\_\_  
או על המידע המפורט להלן: \_\_\_\_\_

**חלק ב'**

שם קופייה: \_\_\_\_\_ סניף: \_\_\_\_\_ מס' חבר: \_\_\_\_\_ שם המוסד: \_\_\_\_\_

|                 |   |   |   |   |
|-----------------|---|---|---|---|
| רופאים:         | 1 | 2 | 3 | 4 |
| מכונים, מעבדות: | 1 | 2 | 3 | 4 |

מסי אישי בצה"ל: \_\_\_\_\_ שם קופייה קרימט: \_\_\_\_\_

במקרה של קטין: שם האם אסרה ת.י. 300587284 שם האב שלמה י.ז. 053087664

תאריך: 27/2/05 עד לתתימה נקמה עו"ד אריאל כריניר חתימה: שלמה קרץ  
במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס: מסי רשיון: 62254

שלמה קרץ