



אישור שליחת פקס

3 עמודים
19/1/2026 11:57

זיהוי מקבל
זיהוי שולח MyFax

אל 03-5104038
מאת אריאל פרייברג



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

בדוא"ל
מבלי לפגוע בזכויות

ינואר 2026 06
Office@freiberg-law.com

תזכורת
19.1.26

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד

דורון עצמון, עו"ד

ממשרד עורכי דין ידיד עצמון ושות'

באמצעות דוא"ל: doror.atzmon@yadidlaw.com:

ח. נ., שלום רב,

הנדון: אולגה מאי סלבין, ת"ז 323557561

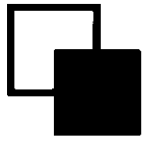
ת"א 4776-09-25 סלבין נ' שפירו

1. בפתח הדברים אבקש להודות על הארכה.
2. מצ"ב בקשה מוסכמת שהוגשה לבית המשפט הנכבד.
3. אודה לטיפולך המסור אל מול מרשתך וקביעת תור לבדיקתה ע"י ד"ר מאיר כהן בוטסאפ שמספרו 052-6007474.
4. כן, אודה על קבלת הוס"ר המצ"ב חתום ומאומת בחוזר.
5. לעיונך וטיפולך המסור אודה.

בכבוד רב ובב"ח,
אריאל פרייברג, עו"ד

Tel: 03-7412358 ; Fax: 077-3180983 Office@Freiberg-law.com

דרך אבא הלל 7, בית סילבר, רמת גן 5252204



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



ינואר 2026 06
Office@freiberg-law.com

בדן א"ל
מבלי לפגוע בזכויות

תזכורת
19.1.26

לכבוד

דורון עצמון, עו"ד

ממשרד עורכי דין ידיד עצמון ושות'

doror.atzmon@yadidlaw.com: באמצעות דוא"ל:

ח. נ., שלום רב,

הנדון: אולגה מאי סלבין, ת"ז 323557561

ת"א 4776-09-25 סלבין נ' שפירו

1. בפתח הדברים אבקש להודות על הארכה.
2. מצ"ב בקשה מוסכמת שהוגשה לבית המשפט הנכבד.
3. אודה לטיפולך המסור אל מול מרשתך וקביעת תור לבדיקתה ע"י ד"ר מאיר כהן בווטסאפ שמספרו 052-6007474.
4. כן, אודה על קבלת הוס"ר המצ"ב חתום ומאומת בחוזר.
5. לעיוןך וטיפולך המסור אודה.

בכבוד רב ובב"ח,
אריאל פרייברג, עו"ד

תאריך חתימת המסמך 6.1.25

התובעת:
המשיבה:
אולגה מאי סלבין, ת.ז. 323557561
טלפון: 053300657
ע"י ב"כ עוה"ד דוד ידיד (מ.ר. 16805) ו/או
דורון עצמון (מ.ר. 18102) ואח'
מר' המרד 29, תל אביב
טל': 03-5101158, פקס: 03-5104038
דוא"ל: doron.atzmon@yadidlaw.com

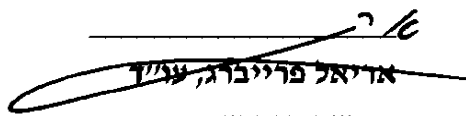
– נ ג ד –

הנתבע:
המבקש:
ד"ר אולג שפירו, ת"ז 317125086
באמצעות ב"כ עו"ד אריאל פרייברג (מ"ר 62254) ו/או
יגאל רסקין
מרחוב אבא הלל 7, רמת גן
טל': 03-7412358, פקס': 077-3180983
דוא"ל: Office@freiberg-law.com

בקשה מוסכמת לארכה להגשת כתב הגנה

הנתבע מתכבד לפנות לבית המשפט הנכבד בבקשה כדלקמן:

1. ייצוג הנתבע ע"י הח"מ התקבל לאחרונה.
2. בשים לב לסד הזמנים, על מנת לקבל את התיעוד הרלוונטי ולהגיש כתב הגנה בצירוף חוות דעת זקוק הח"מ לשהות בת 60 ימים נוספים.
3. לאמור האמור, פנה הח"מ לב"כ התובעת אשר נתן הסכמתו האדיבה לבקשה.
4. בנסיבות המפורטות מתבקש בזאת בית המשפט הנכבד להורות על מתן ארכה לצורך הגשת כתב הגנה כמבוקש.


אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ הנתבע

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
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 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 מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי 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 ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

רופאים: _____
מכונים, מעבדות: _____

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

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

תאריך: _____ עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ X
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

ייפוי כח

הריני מייפה את כוחו של: _____ לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימה
-------	-------------------	-------