



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

מרץ 2026 16
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף נפגעי עבודה
באמצעות האתר

ח"נ שלום רב,

תאונה מיום 06/02/2026
הנפגע: תומר פרידמן, ת"ז 325701084
תביעה להכרה בתאונה ותשלום דמי פגיעה

הריני מייצג את מרשי בנפגע שבנדון והנני מתכבד לפנות כדלקמן:

1. מצ"ב טופס תביעה להכרה בתאונה כתאונת עבודה ולתשלום דמי פגיעה.

2. לעיונכם וטיפולכם המסור בתביעת מרשי אודה.

*רצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשי.

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד

פרייברג רסקין עורכי דין



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 לנפגע 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, היתר העסקה, ואישור בנק על פרטי החשבון המתנהל על שמך.
- ☞ **תושב שטחים** חובה לצרף צילום תעודת זהות, היתר העסקה משירות התעסוקה, ואישור על פרטי חשבון בנק המתנהל על שמך.
- ☞ **מתנדב** – חובה לצרף צילום תעודת זהות, היתר העסקה משירות התעסוקה, ואישור על פרטי חשבון בנק המתנהל על שמך.
- ☞ **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.

לדעתך

- ☞ 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, שלבי 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 ..

עמוד 1 מתוך 8

325701084

נא ציין את מספר תעודת זהות

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון	סוג המסמך
01	דפים

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

☒ תאונה בעבודה ☐ מחלת מקצוע, פרט		☐ שכר ☒ עצמאי ☐ מתנדב ☐ הכשרה מקצועית ☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי	
שם משפחה		שם פרטי	
טלפון קווי		טלפון נייד	
דואר אלקטרוני		דואר אלקטרוני	
325701084		325701084	
אם הסלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:			
שם משפחה איש קשר		שם פרטי איש קשר	
מס' זהות איש קשר		מס' זהות איש קשר	
☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לדיעוכם, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת. מען למכתבים – אם שונה מהרשום במשרד הפנים			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
מיקוד	יישוב		

פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אנא מלא סעיף 2א			
שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית			
שם מעסיק/ מפעל		תפקיד התובע במקום העבודה	
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
מיקוד	יישוב		
טלפון קווי	טלפון נייד	מספר פקס	
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)			
שם העסק		סוג העיסוק	
325701084		שחקן וזמר במוזיקה	
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
מיקוד	יישוב		
טלפון קווי	טלפון נייד	טלפון פקס	
103605431			

2א' פרטי מקום העבודה - כוחות הביטחון

מקום השירות: ☐ צה"ל ☐ מש"א ☐ משמר הכנסת ☐ משטרה ☐ ש"ס ☐ אחר _____

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה? ☐ כן ☐ לא

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

3 פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה	היום בשבוע	שעת הפגיעה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפסקת עבודה
10/02/2026	ש"ס	13:00	06/02/2026	13:00

היכן אירעה הפגיעה? ☒ במהלך העבודה ☐ במפעל/בעסק ☐ בדרך לעבודה ☐ בדרך לביתך ☐ מחוץ למפעל ☐ תאונה בבית ☐ בתאונת דרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר _____

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון מס' 1, נא פרט)
 פציעת כתף (קרום קאמיוס) שנגרמה כשהלכתי לשחק כדורגל רגלי

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

שם	כתובת	מספר טלפון	חבר לעבודה ☒ מכר ☐ אחר ☐
תומר יעקובי	תל אביב יפו 15	0549277297	
שם	כתובת	מספר טלפון	חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר ☐

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה	שם מקבל ההודעה	תפקיד	טלפון
שנה _____ חודש _____ יום _____			

4

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

האיבר שנפגע	קרקע ימין	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	קריץ בליינסקוס	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)	מיון
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	14/2/19 שעה	תקופת אשפוז	יום	שם בית החולים / מחלקה	מיון
שנה	2019	חודש	02	יום	14
האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים באיבר או האיברים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל? ☒ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת וזמתי					

יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטים

פרטי הרופאים המטפלים

שם הרופא	ד"ר עא מורח	תחום המומחיות	אורתופדיה	כתובת המרפאה שבה טופלת או אני מטופל	הרצל נציר סגל	טלפון המרפאה	09-9592999
----------	-------------	---------------	-----------	--	---------------	--------------	------------

5

סיוע וייעוץ בהגשת תביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן

הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכונת ☐ 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 בל-73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע	אוריאל כרייזר	כתובת	אלה חלל 7 רמת גן	טלפון	03-7412358
---------------	---------------	-------	------------------	-------	------------

6

פרטים על תאונה

סוג התאונה

☐ תאונת דרכים. יש לצרף דו"ח משטרה והעתק מההודעה לחברת הביטוח.

☐ גפילה ממקום גבוה ☐ גפילה במדרגות או במדרכה פגומה ☐ התחשמלות

☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר ☒ נפילה

☐ תאונה בבניין שם האתר _____ שם הקבלן המבצע _____

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

תביעה נגד _____ שם עורך הדין המטפל _____

כתובת _____ 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 אדח' _____

פירוט העיסוקים

7

לפני הפגיעה

במהלך שלושת החודשים שלפני הפגיעה:

א. ☒ עבדתי אצל מעסיק אחר/מוסף * נא לצרף אישורים מתאימים.

ב. ☐ הכנסתי נפגעה מהסיבה:

☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת * נא לצרף אישורים מתאימים.

לאחר הפגיעה

☒ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

עד תאריך
שנה חודש יום

מתאריך
שנה חודש יום

עד שעה
שעה

משעה
שעה

עד תאריך
שנה חודש יום

מתאריך
שנה חודש יום

☐ שהיית בעסק / בעבודתי

עד שעה
שעה

משעה
שעה

עד תאריך
שנה חודש יום

מתאריך
שנה חודש יום

☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____ ☒ סרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלח יד או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

משעה _____ עד שעה: _____

☐ עבודה במשמרות

8

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או לבעל מחזק 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 *

פרטי חשבון הבנק של החשבון

כל השלום שצוה לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעביר לחשבון פרטי ורשומים תחת:

שמות בעלי החשבון

שם הבנק: פז כ"א

שם הסניף / כתובת: פז

מס' סניף: 806

מספר חשבון: 34226016

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

10 פטור ממס הכנסה - יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגעה

☐ עיזור/ נכה 100% ☒ פטור חלקי ח"ל משותף

11 הגדרת המבטאים בתביעה

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 ביטוח זכאותי

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או בודיען 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 מתחייבת להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

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.

ידוע לי כי אם תאושר תביעתי לדמי פגיע בגין מחלת מקצוע או ליקוי רפואי כתוצאה מתנאי עבודה, הביטוח הלאומי יבחן תביעה זו כתביעה לנכות מעבודה. בכל פגיעה אחרת, נדרשת הגשת תביעה נפרדת לנכות מעבודה.

תאריך: 23/2/2026 חתימת התובע: [חתימה]

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	קרבה לתובע
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני	

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: צא אפטרופסות, 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)

1

פרטים על פגיעה מחוץ 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 מספים 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 לבית _____

2

פרטי שכיר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי	שם המפעל / המעסיק

תאריך תחילת עבודה: _____ מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי

היקף המשרה ב-%: _____ מספר ימי העבודה בשבוע: _____

☐ 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, סלל 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 ששולמו בשכר ברוטו	
		יומי	חודשי		לחקוקה	סכום
חודש		☐	☐			
חודש		☐	☐			
חודש		☐	☐			
חודש		☐	☐			

☐ העובד שב לעבודה בתאריך _____ ☐ העובד לא שב עדיין לעבודה.

☐ 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 _____

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

דואר אלקטרוני: _____ @ _____

חתימת המעסיק _____ תאריך _____ שם ותפקיד החותם _____ חתימה וחומתם _____

3

פרטים על חתימת דמי מחלה על ידי המעסיק/הקרן 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 נצבר 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 וחתימת * _____

5

פרטים מלאים למעסיק מורשה/מאושר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד ותאריך _____

ושילמם 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)

קיצוץ:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחתימת * _____

(מדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

1

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך הפגיעה
60	325701084	2026/02/06
שם משפחה	שם פרטי	חבר בקופת חולים
כרימ	תומר	
☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

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 אודותי.

תאריך: 23/2/2026 חתימת המבוטח: *

תאריך ושעת ההדפסה: 18:10 06/02/2026
חסי רפואי

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY
UNIVERSITY MEDICAL CENTER (ICHILOV)
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי האוניברסיטאי
תל אביב ע"ש סוראסקי (איכילוב)
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך המחלקה לרפואה דחופה
שחרור רופא (מהלכים)

שם יחידה: המחלקה לרפואה דחופה	מנהלת מחלקה: דר' מרקוביץ מיכאל מ.ר. 143791	אח/ות אחראית: גב' ויקטוריה גרינברג
טלפון: 03-6973232	פקס: 03-6973652	דוא"ל:

שם משפחה: פרידמן	שם פרטי: תומר	ת.ז.: 325701084
תאריך לידה: 21/10/2003	גיל: 22	טלפון: 054-7376226
מין: זכר	מבוסס בקופה: מכבי	כתובת: קוסובסקי 8/5 תל אביב - יפו 6291049 תל אביב-יפו

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 14:29 06/02/2026 מספר מקרה: 13648608

סיום טיפול במלר"ד: שחרור

מחלה נוכחית

בן 22

בריא

ספורטאי

לדבריו ידוע על פגיעה בברך אך לא ברור איזה (יתכן פריקות פיקה) כעת פנה למיון עקב כאב בברך לאחר חבלה סיבובית במהלך משחק כדורגל בבדיקתו:

רגל במנח כיפוף, קושי ביישור
ברך ימין ללא דפורמציה או סמני חבלה
פיקה מרכזית
ללא רגישות גרמית מסביב לברך
NV דסטלי שמור

בבדיקה חוזרת לאחר נטילה שיכון כאב
ללא תפליט, נפיחות מינמלית בברך
ללא רגישות גרמית
רגישות מעל הסדק המפרקי הלטרי
מגיע ליישור מלא אקטיבי, כיפוף מלא
לחמן מגירה קדמי אחורי שלילי
ללא פתיחה בסטרס VV
NV דסטלי שמור

צילום - ללא עדות לממצא גרמי חריף

משוחרר עם המלצות הבאות:

אבחנות במיון

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	MP	Rec
CONTUSION OF KNEE	924.11			✓			

אבחנות רקע

בריא בדרך כלל

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

ביצוע תרופות

תרופה	תזמון מהוראה	תאריך ושעה	צורת מינון ומינון
ASSIVAL TAB 5 mg	Once	15:47 06/02/2026 אסרף טל	TAB 5 mg P.O
KETOROLAC INJ 30mg/1ml inj 30 mg	Once	15:47 06/02/2026 אסרף טל	inj 30 mg I.V

סיכום

המלצות כלליות

המלצה: *מעקב רופא אורתופד/ביקורת מרפאת ספורט טלפון 036974000 לאחר ביצוע MRI ברך ימין בהקדם האפשרי.
*חבישת מרופדת- יש להסיר לפני השינה.

*רגל מורמת.

*קירור מקומי.

*שיכון כאבים לפי הצורך.

*דריכה לפי כאב

*חופשת מחלה 7 ימים.

*ביקורת אורתופד בקופ"ח עוד שבוע להערכה חוזרת.

*בהחמרת כאב, נפיחות בברך באופן משמעותי יש לשוב לבדיקת רופא.

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓	סיכון גבוה לגפילות במבוגרים			10 ימים	X 3 ביום	1 tab	P.O	ROKACET PLUS (CAFFEINE, PARACETAMOL, CODEINE PHOSP)

רפואה משחררת

זמן חתימה	תפקיד	שם החותם
06/02/2026 18:09	רופא/ה משחררת	דר' טאהר אחמד מ.ר. 166396

המשך מעקב רופא מטפל לפי הצורך, בכל החמרה יש לפנות לרופא בהקדם

בפנייה חוזרת למיון או בפנותן למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.

לקראת חזרתך הביתה ולשם שמירה על הרצף הטיפולי וחזרה לתפקוד מיטבי, מומלצת החלמה ביתית בליווי רפואי. למידע נוסף קישור לאתר איכילוב הום: <https://www.tasmc.org.il/ichilov-home/Pages/home-care.aspx>



Herzliya Medical Center
7 Eli Landau Blvd., Herzliya
Telephone: 09-959-2555



הרצליה מדיקל סנטר
שד' אלי לנדאו 7, הרצליה, 4685107
טלפון: 09-959-2555

הופק על ידי דר' מורג גיא 14:22
17/02/2026

סיכום ניתוח

שם המטופל:	פרידמן תומר	מספר זיהוי:	325701084	מספר תיק:	10416593
שם האב:	יהושע	תאריך לידה:	21/10/2003	מין:	זכר
כתובת:	קוסובסקי 8, תל אביב-יפו	טלפון:		גורם מממן:	מגדל חברה לביטוח בע"מ
מחלקה:	חדר ניתוח	טלפון נוסף:	0547376226		

תאריך הניתוח: 17/02/2026

רופא מטפל אחראי

רופא: דר' מורג גיא מ.ר. 31446

אנדיקציה לניתוח ומחלה נוכחית

בן 22, בריא בד"כ
12.2.2026 - חבלה סיבובית ברך ימין לפני כ- 6 ימים, הברך ננעלה
מאז הולך עם קביים, לא מצליח ליישר את הברך
לפני כחודשיים ארוע דומה אך הברך השתחררה די מידית, היתה מעט נפיחות לאחר מכן
לפני כחודש שוב נעילה ושחרור עצמי
הפעם הברך לא השתחררה
לאחר מכן חזר לפעילות
עבר MRI
ב-MRI - קרע ידית דלי מניסקוס לטרי
מתקבל לארטרוסקופיה לתפירת המניסקוס הלטרלי

זמני ניתוח

שעה פירוט

אבחנה נוכחית לפעולה

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
8361 > Tear Of Lateral Cartilage Or Meniscus Of Knee, Current	8361	Right					

שם הניתוח

שם הניתוח	קוד	צד	שיטה ניתוחית	תאריך	עיקרי	גניקולוגי	כמות
ARTHROSCOPY OF KNEE	8026	Right		17/02/2026	✓		1
SUTURE OF MENISCUS	8195	Right		17/02/2026			1

הרדמה

הרדמה: כללית

סוג הרדמה: Balance נתיב אוויר: LMA מספר: 4

הערות על נתיב אוויר:

easy mask ventilation bilateral breathing sounds uneventfull laryng. masc insertion

הערות במהלך ההרדמה:

GA isoflurane+N2O+O2

Herzliya Medical Center
7 Eli Landau Blvd., Herzliya,
4685107
Telephone: 09-959-2555



הרצליה מדיקל סנטר
שד' אלי לנדאו 7, הרצליה,
4685107
טלפון: 09-959-2555

שם המטופל: פרידמן תומר מספר זיהוי: 325701084 מספר תיק: 10416593

פרטי הזנה	פורמט ניתוח	מהלך הניתוח וממצאים
הוזן ע"י: דר' מורג גיא מ.ר. 31446 בתאריך: 17/02/2026 14:22	פורמט ניתוח:	ממצאים: קרע ידית דלי מניסקוס לטרלי נעול ב- NOTCH מהלך הניתוח: טווח – מוגבל ביישור, יציבות שמורה בהרדמה כללית עם מסכה לרינגאלית, בדיקה בהרדמה – כנ"ל, קיבל 2000 מ"ג צפהמיזין טרם תחילת הניתוח. רחצה וכיסוי כמקובל. טורניקט כ-18 דקות כניסה ארטרוסקופית כמקובל דרך פורטל אינפרולטרלי ואינפרו מדיאלי בסקירת הברך: מפרק פטלופמורלי – תקין מדור פנימי: מניסקוס – תקין, סחוסים תקינים רצועות - רצועות תקינות. מדור חיצוני – סחוסים תקינים, קרע ידית דלי מניסקוס לטרלי נעול ב- NOTCH עבר רדוקציה של הקרע ותפירת הקרע בקרן האחורית בעזרת 5 תפרי TRUESPAN - יציב מאוד שטיפות, שאיבת הנזל והזרקת מרקאין ללא אדרנלין ו- MO. סגירת עור בניילון 3/0, חבישה מרופדת, סד צירים נעול ביישור הערה אקסטובציה והעברה להתעוררות מהלך ניתוחי תקין

איבוד דם

האם היה איבוד דם במהלך הניתוח: לא

לא

פתולוגיה

נשלחה פתולוגיה: לא

מסמכים נלווים

חתימת רופא

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
דר' מורג גיא מ.ר. 31446	רופא מומחה	17/02/2026 14:22

Herzliya Medical Center
7 Eli Landau Blvd., Herzliya
Telephone: 09-959-2555



הרצליה מדיקל סנטר
שד' אלי לנדאו 7, הרצליה, 4685107
טלפון: 09-959-2555

הופק על ידי דר' מורג גיא 14:26
17/02/2026

סיכום אשפוז

שם המטופל:	פרידמן תומר	מספר זיהוי:	325701084	מספר תיק:	10416593
שם האב:	יהושע	תאריך לידה:	21/10/2003	מין:	זכר
כתובת:	קוסובסקי 8, תל אביב-יפו	טלפון:		גורם מממן:	מגדל חברה לביטוח בע"מ
מחלקה:	חדר ניתוח	טלפון נוסף:	0547376226		

רופא מטפל אחראי

רופא: דר' מורג גיא מ.ר. 31446

תאריך קבלה: 11:50 17/02/2026

תאריך שחרור: 17:22 17/02/2026

אבחנה נוכחית לפעולה

Rec	M/P	S/P	עיקרי	תאריך	צד	קוד	אבחנה
					Right	8361	8361 > Tear Of Lateral Cartilage Or Meniscus Of Knee, Current

לא ידועה רגישות לחומרים

לא ידועה רגישות לתרופות

תופעות לואי לתרופות

14:13 17/02/2026

תופעת לואי לתרופה: לא

אינדיקציות לניתוח והיסטוריה של מחלה נוכחית

בן 22, בריא בדרכ

12.2.2026 - חבלה סיבובית ברכ ימין לפני כ- 6 ימים, הברך ננעלה

מאז הולך עם קביים, לא מצליח ליישר את הברך

לפני כחודשיים ארוע דומה אך הברך השתחררה די מידית, היתה מעט נפיחות לאחר מכן

לפני כחודש שוב נעילה ושחרור עצמי

הפעם הברך לא השתחררה

לאחר מכן חזר לפעילות

עבר MRI

ב-MRI - קרע ידית דלי מניסקוס לטלרי

מתקבל לארטרוסקופיה לתפירת המניסקוס הלטרלי

שם הניתוח

כמות	גניקולוגי	עיקרי	תאריך	שיטה ניתוחית	צד	קוד	ניתוח
1		✓	17/02/2026		Right	8026	ARTHROSCOPY OF KNEE
1			17/02/2026		Right	8195	SUTURE OF MENISCUS

בדיקה גופנית

12.2.2026 - ברכ ימין נעולה בכ- 40 מעלות, כיפוף כמעט מלא

רגישות לטלרית

יצביות תקינה

ב-MRI - קרע ידית דלי מניסקוס לטלרי

תיאור הניתוח ומהלך לאחר ניתוח

Herzliya Medical Center
7 Eli Landau Blvd., Herzliya,
4685107
Telephone: 09-959-2555



הרצליה מדיקל סנטר
שד' אלי לנדאו 7, הרצליה,
4685107
טלפון: 09-959-2555

שם המטופל: פרידמן תומר מספר זיהוי: 325701084 מספר תיק: 10416593

ב- 17.2.2026 עבר הניתוח שבכותרת בו נצפה בסקירת הברך: מפרק פטלופמורלי – תקין
מדור פנימי: מניסקוס – תקין, סחוסים תקינים
רצועות – רצועות תקינות
מדור חיצוני – סחוסים תקינים, קרע ידית דלי מניסקוס לטרלי נעול ב- NOTCH
עבר רדוקציה של הקרע ותפירת הקרע בקרן האחורית בעזרת 5 תפרי TRUESPAN - יציב מאוד
מהלך ניתוחי תקין, בסוף הניתוח הברך קובעה בסד צירים נעול ביישור
במחלקה ללא ארועים מחריגים
משתחרר לביתו במצב כללי טוב לאחר שקיבל הסבר והדרכה
סיכום מהלך האישפוז כולל אירועים ובדיקות מיוחדות
בדיקות דימות במהלך האשפוז: לא בוצע

מהלך האשפוז: תקין

תרופות להמשך טיפול

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓		60	1	10 ימים	2 X 3 ביום	1 tab	P.O	ZALDIAR (37.5+325) mg (TraMADol HCL^PARACETAMOL)
✓		14	1	14 ימים	1 X 1 ביום	90 mg	P.O	ARCOXIA (Etoricoxib)
✓		14	1	14 ימים	1 X 1 ביום	40 mg	S.C	CLEXANE (ENOXAPARIN)
✓	כדור טרג'ין עשר פעמיים ביום למשך עשרה ימים. סך הכל עשרים כדורים	20	1	10 ימים	1 X 2 ביום	1 tab	P.O	TARGIN-10 (oxyCODONE NALOXONE)

מצב המטופל במועד השחרור

משתחרר במצב יציב

המלצות בשחרור והמשך מעקב לאחר השחרור

המלצה: -חבישה כפי שבוצעה למשך 48 שעות, לאחריהן הורדת חבישה, שטיפת הברך במים זורמים והחזרת חבישה אלסטית.

נוגדי כאב - אקמול או אופטלגין 500 מ"ג עד 4 פעמים ביום. בנוסף ZALDIAR 37.5 כדור אחד עד שניים כ-3 פעמים ביום. טרג'ין 10 מ"ג עד פעמיים ביום למשך 10 ימים
ארקוקסיה 90 מיליגרם פעם ביום לאחר האוכל למשך כ-14-10 יום.
זריקת קלקסן 40 מיליגרם תת-עורי חד יומי לשבועיים.
הליכה עם קביים בדריכה מלאה עם סד נעול ביישור
זקוק למכשיר CPM בביתו להפעלה 3 פעמים ביום כל פעם כ- 45-60 דקות.
תחילת פיזיותרפיה בהקדם האפשרי לטווחים לפי הפרוטוקול
ביקורת במרפאתי והוצאת תפריים כשבועיים ממועד הניתוח.
חופש מחלה במשך 6 שבועות.

Herzliya Medical Center
7 Eli Landau Blvd., Herzliya,
4685107
Telephone: 09-959-2555



הרצליה מדיקל סנטר
שד' אלי לנדאו 7, הרצליה,
4685107
טלפון: 09-959-2555

שם המטופל:	פרידמן תומר	מספר זיהוי:	325701084	מספר תיק:	10416593
------------	-------------	-------------	-----------	-----------	----------

-במקרה של עליית חום, תפיחות חריגה של הברך, כאב מתגבר או אודם מקומי - נא לפנות בהקדם במרפאתי או בטלפון: 052-426-6351.

לפניה בנושאים רפואיים לאחר הניתוח / פעולה
אנחנו פה בשבילך 24/7
"מוקד מעקב והחלמה" הרצליה מדיקל סנטר
03-7166190

מסמכים נלווים

חתימת רופא

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
דר' מורג גיא מ.ר. 31446	רופא מומחה	17/02/2026 14:22

ד"ר גיא מורג
מומחה לכירורגיה אורטופדית
רשיון מס. 31446 רשיון מומחה 20559

שם פרטי: תומר	שם משפחה: פרידמן	ת.ז/מספר מזהה: 325701084
גיל: 22.3 21/10/2003	טלפון נייד: 0547376226	
חברת ביטוח:	קופ"ח:	

תאריך: 12/02/2026 שעה: 11:45

תלונה עיקרית:

בן 22, בריא בד"כ
12.2.2026 - חבלה סיבובית ברך ימין לפני כ- 6 ימים, הברך נעלה
מאז הולך עם קביים, לא מצליח ליישר את הברך
לפני כחודשיים ארוע דומה אך הברך השתחררה די מיידית, היתה מעט נפיחות לאחר מכן
לפני כחודש שוב נעילה ושחרור עצמי
הפעם הברך לא השתחררה
לאחר מכן חזר לפעילות
עבר MRI

בדיקה גופנית:

12.2.2026 - ברך ימין נעולה בכ- 40 מעלות, כיפוף כמעט מלא
רגישות לטרלית
יצביות תקינה ב-MRI - קרע ידית דלי מניסקוס לטרלי
קיבל הסבר
זקוק לארטרוסקופיה לתפירת המניסקוס הלטרלי
קיבל הסבר על הניתוח וזמני ההחלמה כולל הצורך בסד צירים לחודש וחצי

סכום והמלצות:

- 1- זקוק לארטרוסקופיה לתפירת המניסקוס הלטרלי
 - 2- יתאם מול לירן 0523340055 בהקדם
 - 3- טרם הניתוח יש לבצע בדיקות מצורף דף הנחיות
 - 4- הניתוח יתבצע במדיקל סנטר הרצליה בתאריך 17/02/26
- הוראות להמשך:** לתיאום ניתוח יש לתאם עם לירן 0523340055

בברכה,
ד"ר גיא מורג
מומחה לאורתופדיה

ד"ר אלעזר אליזבטה
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 03-5462534

פקס: 03-5444112

כתובת: בבלי 10, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 325701084

שם פרטי: תומר

שם משפחה: פרידמן

טל.עבודה/נייד: 0547376226

03-6054361

טלפון:

מין: ז

21/10/2003

ת.לידה:



0325701084

מיקוד 6291049

קוסובסקי 8/5, תל אביב-יפו

כתובת:

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם האב יהושע	שכיר/עצמאי עצמאי	חבר (כל) כ	שם המעביד וכתובתו פרידמן תומר	מקצוע שחקן כדורגל
ת. פגיעה 06/02/2026	שעה 13:00	התעסקות בשעת הפגיעה שיחק כדורגל		
האיבר שנפגע ברך ימין	שם הרופא המטפל דר גיא מורג		נמצא בטיפול מיום 12/02/2026	

תאור התאונה, פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול:

בביקור בתאריך 08/02/2026 בשעה 10:48:49 שחקן כדורגל מקצועי, בליגה ב' ב 06.02 בשעה 13, בזמן משחק כדורגל, סיבב את הברך ימין- לא היה מסוגל לקום מהדשה. נלקח למיון, בצילום ללא ממצא. הומלץ על ביצוע MRI. דריכה לפי כאב- אבל הוא לא יכול, נייד עם קבועים.

בביקור בתאריך 11/03/2026 בשעה 15:49:36 ב MIR נמצע קרע במניסקוס במנסקוס חיצוני, ב 17.02.26 עבר ניתוח תיקון. כבר נמצא בפיזיותרפיה. חופש מחלה חודש וחצי

הממצא הקליני:

בביקור בתאריך 11/03/2026 בשעה 15:49:36

אבחנה:

- TEAR OF MENISCUS OF KNEE
- KNEE ARTHROSCOPY Right
- SUUTURE OF MENISCUS

הטיפול שניתן על-ידינו: ניתוח, פיזיותרפיה משככי כאבים

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

הנ"ל אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת

מכבי שירותי בריאות

תאריך: 11/03/2026

מ.ר גורם מפנה



034800

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

ד"ר אלעזר אליזבטה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 03-5462534

פקס: 03-5444112

כתובת: בבלי 10, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 325701084

שם פרטי: תומר

שם משפחה: פרידמן

טל.עבודה/נייד: 0547376226

03-6054361

טלפון:

מין: ז

21/10/2003

ת.לידה:



0325701084

מיקוד 6291049

קוסובסקי 8/5, תל אביב-יפו

כתובת:

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

ד"ר א. אלעזר אליזבטה
מומחית ברפואה פנימית
מ.ר. 34800

(בכלל)

02/04/2026

עד יום:

06/02/2026

במשך: 56 ימים, היינו מיום:

11/03/2026

חתימה וחותמת הרופא

תאריך הבדיקה

חשוב -

תעודה זו מיועדת לצורך הגשת תביעה למימוש זכויותך כנפגע עבודה, למוסד לביטוח

לאומי. אי הגשת תביעה עלולה למנוע המשך קבלת שירות רפואי מהקופה ותהיה על

אחריותו הבלעדית של הנפגע.

חוזה עבודה אישי

שנערך ונחתם ביום 3 בחודש אוגוסט שנת 2025

(להלן: "הקבוצה")

בין : בית"ר תל אביב בע"מ (ח"צ) ח.פ. 512505678
רחוב הברזל 38 תל אביב

מצד אחד

לבין : ד"ר מרצון ת.ז. 325701084
כתובת: קוסמסקי 8 ת"א
טלפון: 054-737-6226
מייל: tomerfr2003@gmail.com

(להלן: "הקבלן")

מצד שני

הואיל: והקבלן מעוניין לעבוד אצל הקבוצה, בתפקיד מתן שיעורי אימון, ניהול והדרכה שחקנים
והואיל: והקבוצה מעוניינת להעסיק את הקבלן בתפקיד האמור;
והואיל: והצדדים מעוניינים להסדיר את תנאי עבודתו של הקבלן אצל הקבוצה, בחוזה עבודה אישי בכתב;
והואיל: ומוסכם על הצדדים כי הקבלן יקבל את שכרו כנגד מסירה חשבונית כולל מע"מ כחוק

אי לכך הוסכם והותנה בין הצדדים כדלקמן:

1. חוזה עבודה אישי

הקבלן מתחייב כלפי הקבוצה לעבוד בקבוצה, והקבוצה מתחייבת כלפי הקבלן להעסיקו בקבוצה, הכל בכפוף להוראות חוזה עבודה אישי זה.

2. תקופת ההעסקה

- 2.1 תקופת העסקתו של הקבלן על פי חוזה זה הינו למשך זמן קצוב החל מ אוגוסט 2025 ועד אפריל 2026 / או עד תום עונת המשחקים הסדירה המוקדם שביניהם. ו או תום הליגה לפי התאחדות לכדורגל ואו לפי תנאי ההסכם.
- 1.1. הסכם זה הינו לעונת המשחקים 2025/2026.
- 1.2. מוצהר ומוסכם כי הסכם זה לעובד לתקופה של אוגוסט 2025 ועד תום עונת המשחקים כפי שיוסכם על ידי ההתאחדות לכדורגל.
- 1.3. הקבוצה תהא רשאית לסיים את העסקתו של הקבלן מכל סיבה ועל פי שיקול דעתה בלבד, במהלך עונת המשחקים ו או במהלך כל תקופת חלוף¹ העברות ו או במהלך תקופת האופציה ובלבד שנתנה לקבלן הודעה מראש ובכתב על סיום העסקתו בהתאם לקבוע על פי דין ולא פחות מ 14 ימים בלבד (להלן: "מועד סיום ההעסקה").
- 1.4. וממעוד של 14 ימי מיום קבלת הודעה מראש יסתיימו יחסי חוזה עבודה אישי וממעוד זה לא ישולם שום שכר או תשלום לקבלן. והקבלן לא יהיה זכאי לשום תשלום נוסף.

בית"ר תל אביב (מחול) בע"מ (ח"צ)
רחוב הברזל 38 ת"א 6971054
ח.פ. 512505678

1.5. עונת המשחקים לשנת 2025-2026 מתחילה אוגוסט 2024 במשחקי גביע וליגה ומסתיימת במהלך חודש אפריל 2026. ידוע ומוסכם כי אם עונת המשחקים ימשך לחודש מאי 2026 הקבלן יהיה חלק פעיל בקבוצה וישולם לו תשלום יחסי בגין חודש מאי 2026 במידה ועונת המשחקים יתחדש וישחק. מועדי סיום העונה הרשימי יקבעו על ידי ההתאחדות לכדורגל.

2.4. בתקופת העסקה החל מ- 1.9.2025 ועד תום עונת המשחקים הרשמי של הקבוצה באותה עונה ישולם לקבלן כנגד חשבונית לתקופה שלא תעלה מעבר 8 תשלומים בלבד.
2.5. בחתימה של הקבלן על חוזה עבודה אישי זה הוא מסכים ומאשר את סעיף הפיטורין.
2.6. בחודש האחרון של עונת המשחקים ישולם תשלום יחסי על אותם הימים שעבד בפועל.
1.6. ידוע לכל כי משחקי הקבוצה בעונת המשחקים 2025-2026 יהיו בימי חמישי / שישי לפני כניסת שבת / מוצאי שבת אחרי כניסת שבת לפי החלטה בלעדית של הקבוצה / או ההתאחדות לכדורגל.
1.7. תשלום שכר חודש אפריל (קרי חודש אחרון לעונת המשחקים 2025-2026) ישולם במהלך חודש מאי 2026 באופן יחסי למספר הימים בפועל בה שותף הקבלן במהלך אותו חודש פעיל במסגרת הקבוצה.
1.8. עם חתימה על דף זה השחקן / העובד מצהיר בזאת כי ידוע לו כי כל עבירת משמעת שתעשה במסגרת הקבוצה. לקבוצה תהיה אפשרות לשחרר את הקבלן באופן מדי ללא שום התחייבות כספית ו או התחייבות אחרת מצד השחקן כלפי המועדון.

בית דין תל אביב (מחוז) בע"מ (חל"צ)
רח' הברזל 38 ת"א 6971054
פ.ח. 512505678

2. היקף המשרה והתפקיד

3. מוסכם וידוע לכל שבחתימת הסכם זה אין כל יחסי עובד מעביד

3.1. הקבלן יועסק על ידי הקבוצה בהיקף משרה של 4/5 פעמים בשבוע כמתחייב על פי ניהול המקצועי של המועדון הקבלן מתחייב לעבוד, ככל שיידרש על ידי החברה במסגרת תפקידו ולשם ביצועו היעיל.
3.2. מוסכם על ידי הצדדים כי במידה ויידרש להגדיל או להקטין את משרתו, השכר יעודכן באופן יחסי לשכר הבסיס. על פי החלטת בלעדית של הקבוצה בעל פה או בכתב
3.3. מוסכם וידוע בין הצדדים ששעות העבודה הן שעות משתנות בהתאם לאימונים וכן יום אחד בשבוע שהו יום המשחק

4. תפקיד וחובות הקבלן

4.1. הקבלן מתחייב כי הינו בעל הכישורים והיכולות. את שחקני הקבוצה ובידיו כל האישורים הנדרשים על ידי ההתאחדות הכדורגל בליגה 3.
בידי הקבלן תעודה מתאימה לאימון הקבוצה על פי ההתאחדות הכדורגל / לניהול הקבוצה / לאימון שחקני הקבוצה ובכל תפקיד שיוסכם מראש.
4.2. הממונה על הקבלן הוא ביתר תל אביב בע"מ או מי מטעמה.
4.3. הקבלן מתחייב כלפי הקבוצה כדלקמן:

4.3.1. למלא את תפקידו בהריצות, במיומנות ובמסירות, וזאת לשם ביצועו היעיל והנכון של תפקידו, לתועלת הקבוצה ולקידום ענייניה, להשתמש בכל כישוריו, ידיעותיו ונסיונו לתועלת הקבוצה ולפעול בנאמנות מוחלטת כלפי הקבוצה.

4.3.2. לא להעמיד עצמו בכל דרך שהיא במצב של ניגוד עניינים עם הקבוצה, ובכל מקרה בו יקלע למצב כזה או יעלה אצלו חשש סביר כי מצב כזה עלול לקרות - לדווח על כך באופן מיידי לממונים עליו

4.3.3. לא לעשות שימוש כלשהו בידע של הקבוצה, לתועלת ענייניו האישיים, או לתועלתם של אחרים למעט ידע נרכש וניסיון שיירכש כמקובל בענף הכדורגל.

4.3.4. לא לקבל מכל אדם או גוף אחרים, בכל מהלך תקופת עבודתו אצל הקבוצה, כל טובת הנאה, ישירה או עקיפה, בקשר עם עבודתו אצל הקבוצה, במישרין או בעקיפין. הקבלן ימשיך לשלם שירותי אימון, הדרכה, מכירת ציוד באופן פרטי לגורמים שאינם קשורים לקבוצה

בית דין תל אביב (מחוז) בע"מ (חל"צ)
רח' הברזל 38 ת"א 6971054
פ.ח. 512505678

- 4.3.5 לשמור בסודיות מוחלטת את ענייני החברה ולהימנע מלהתחרות בה בדרך כל שהיא -
- 4.4 ההוראות האמורות לעיל אינן גורעות מחובות האמון של הקבלן כלפי הקבוצה, על פי כל דין מחייב.
- 4.5 הנהלת הקבוצה או מי מטעמה רשאים למנות אנשי צוות על פי שיקול דעתם הבלעדי בכפוף לשיחות מוקדמות עם הקבלן.
- 4.5 הקבלן מצהיר בזה כלפי הקבוצה, כי אין בהתקשרותו בחוזה זה משום הפרה מפורשת או משתמעת של כל חוזה, הסדר או הבנה שבין הקבלן לצד השלישי.

5. שכר .5

5.1 תמורת מילוי תפקידו בהתאם להסכם זה, יהיה זכאי הקבלן לתקבול חודשי בסך של ש"ח כולל מע"מ וזאת כנגד קבלת חשבונית כחוק.

(להלן: "משכורת הקבלנית" ו/או "שכר" על ידי קבלת חשבונית כחוק השכר האמור כולל בין היתר: עלות מעסיק, שעות נוספות, כל הרכיבים הסוציאליים, קופות גמל, קרנות השתלמות, נסיעות, דמי הבראה, דמי מחלה, דמי חופשה, ביטוח לאומי, מס הכנסה, פיצויי פיטורין וכל הוצאה אחרת תהיה אחרת תהיה אשר אמורה לחול על המעסיק (להלן: שכר, זכויות ורכיבים סוציאליים). יצוין כי לו היה הקבלן להיות שכיר בקבוצה היה משולם לו שכר של ₪2000 ברוטו.

5.2 התקבול החודשי ישולם אחת לחודש כנגד חשבונית כחוק, לא יאוחר מהיום התשיעי (9) בכל חודש בעבור החודש הקודם כנגד חשבונית מס כחוק.

5.3 הקבלן ידאג בעצמו לכל הפרשות הזכויות והרכיבים הסוציאליים כמפורט בהסכם זה ופעם בשנה יעביר למעסיק דו"ח שנתי על מלוא הפקדויות. הקבלן מאשר כי בקבלת תשלום שכ"ט בהתאם לנספח זה הוא כולל בתוכו את כל המרכיבים הסוציאליים לו היה עובד שכיר בחרה לרבות: קופות גמל, ביטוח לאומי, מס הכנסה, פיצויי פיטורין, דמי חופשה, הבראה וכל הוצאה אחרת אשר חלה על מעסיק במסגרת יחסי עובד-מעביד.

3.1. באופן יחסי למספר הימים בפועל בה שותף הקבלן במהלך אותו חודש פעיל במסגרת הקבוצה.

ביתר תל-אביב (מחול) בע"מ (חל"צ)
רח' הברזל 38 ת"א 6971054
פ.ח. 512505678

הקבלן

- 5.4 יובהר בעניין זה, כי לנותן השירות ניתנה אפשרות לעבוד כשכיר כנגד תלוש שכר. ככל שהוא סירב, הרי שאם תבוא בעתיד טענה או תביעה מצדו של נותן השירות לתשלום זכות סוציאליות כלשהי כעובד שכיר, יש לראות בתשלומים שקיבל כתשלומים שכוללים את מלוא הזכויות – ובפרט נסיעות ודמי הבראה – וממילא יש לראות בפער התמורה העודף שקיבל כנותן שירות ככזה שיש לקזזו עם הזכויות שהיה זכאי להם, לו יקבע שהוא זכאי.
- 5.5 במידה ונותנת השירות והחברה יהיו מעוניינים לשנות את ההסכם לעבודה כשכירה ולא כקבלנית, יהיה דיון חדש בנושא היקף המשרה והשכר.
- 5.6 במידה והקבוצה בתום העונה הסדירה 2025-2026 בתום העונה הסדירה תעפיל לפליאוף עליון (קרי מקומות 2-5 ישולם מענק חד פעמי בגובה של _____ משכורות ובסך כולל שך _____ ש"ח זה כולל מע"מ ברוטו כנגד חשבונית כחוק. שישולם במהלך עונת המשחקים 2025-2026 כנגד קבלה.
- 5.7 במידה והקבוצה בתום העונה הסדירה 2025-2026 בתום העונה הסדירה תעפיל לליגה גבוהה יותר (קרי ליגה א' ישולם מענק חד פעמי בגובה של _____ משכורות ובסך כולל שך _____ ש"ח זה כולל מע"מ ברוטו כנגד חשבונית כחוק. שישולם במהלך עונת המשחקים 2025-2026 כנגד קבלה.

בית דין תל אביב (תחום) בע"מ (ח"צ)
ר"ח הברכה 38 ת"א 6971054
פ.פ. 512505678

העברת תפקיד

6

- 6.1 הקבלן מתחייב בזה כי בכל מקרה של סיום עבודתה אצל הקבוצה, בין בפיטורים או בין בהתפטרותה, בין שניתנה לה הודעה מוקדמת ובין שלא, תמסור ו/או תחזיר לחברה באופן מיידי את כל הרכוש, המסמכים, המכתבים, הרישומים, הדוחות וכל שאר המסמכים שבידיו אשר מתייחסים לקבוצה או לעסקיה או קשורים בהם ואשר הגיעו לידיה או לרשותו במהלך תקופת עבודתו על פי חוזה זה אצל הקבוצה.
- 6.2 הקבלן מתחייב כי בכל מקרה של סיום עבודתה בקבוצה, מכל סיבה שהיא, יעביר את תפקידו למי שהקבוצה תקבע, בצורה מסודרת ולפי נוהלים שיקבעו ו/או שימסרו לה, באופן נאות ויסודי, כך שיתאפשר למי שיבוא במקומו להחליף הקבלן בבצוע תפקידו בצורה מסודרת וללא שיגרם כל נזק לקבוצה. הודעה על סיום העבודה תנתן על פי החוק.

סודיות

7

האמור בסעיף זה להלן אינו גורע מחובות הסודיות החלים על העובד על פי הדין.

- 7.1 מובא לידיעת הקבלן, כי שמירת סודיות ענייניה של החברה הינו תנאי מפתח להצלחת החברה ולכושר התחרות שלה.
- 7.2 לאור האמור, מתחייב הקבלן, כי הן במהלך תקופת עבודתה אצל החברה תשמור בסודיות מוחלטת כל מידע, כהגדרתו להלן, אשר יגיע לידיעתו או לרשותו, במהלך תקופת עבודתו בחברה, לא יעביר לכל אדם או גוף אחרים, בין במישרין ובין בעקיפין, בין בתמורה ובין שלא בתמורה. כן מתחייב הקבלן שלא לעשות שימוש כלשהו במידע כזה לתועלתה הוא ו/או לתועלת אחרים, בין שקשורים בו ובין שאינם קשורים בו.
- 7.3 "מידע", לעניין חוזה זה, משמעו - כל מידע, בין בעל פה ובין בכתב או בכל דרך רישום אחרת (כולל סרט מגנטי, רשומי מחשב על דיסק אופטי וכיוצ"ב) המתייחס או הנוגע לחברה במישרין או בעקיפין, לרבות לעסקיה, נוהלי דרכי ושיטות יצור, מחקר, תוכניות פיתוח, שיווק מכירות; ומבלי לגרוע מהאמור לעיל:
- 7.3.1 פרטים על מוצרים, תכשירים, תהליכים, מערכות, תוכנה, חומרה, מחירים, ידע, תגליות וכיוצ"ב אשר לחברה זכות על הידע שלהם או הנמצאים ברשותה ואשר נמסרו לידיעתו של העובד או הגיעו לידיעתו באקראי ו/או עקב ו/או תוך כדי עבודתו בחברה.
- 7.3.2 פרטים על ספקים ויצרנים עמם נמצאת הקבוצה בקשרים ועל מוצריהם, פרטים על לקוחות החברה בארץ ובחו"ל ועל עסקיה של החברה עמם, פרטים על שיטת התמחיר, מחירי המוצרים על ידי החברה ועל השירותים הניתנים על ידה, שיטות עבודה, מבנה ארגון וניהול פעולות החברה, דוחות ונתונים כספיים, חשבוניות החברה בבנקים ומצבה הפיננסי והכספי וכן היקף המכירות, ההכנסות וההוצאות של החברה, פרטים על שכרו של העובד ותנאי עבודתו בחברה (אלא אם כן נדרש הנא לכך על ידי רשות שזכותה לקבל אינפורמציה כזו על פי דין, או לצרכיו האישיים).

ר"ח הברכה 38 ת"א 6971054
פ.פ. 512505678

שכרם ותנאי עבודתם של עובדים אחרים בחברה, אשר נמסרו לו או הגיעו לידיעתו בכל דרך שהיא.

7.4 ידוע לקבלן שהפרת התחייבות לסודיות על פי סעיף זה לעיל עלולה להסב לחברה נזק כבד.

3.2. במידה במהלך עונת המשחקים יפסקו האימונים ו/ או המשחקים עקב כוח עליון (מגפות , קורונה , מלחמה , מבצע צבאי הוראה / השבתה של ההתאחדות ואו הגורמים המוסמכים בחוק) יצאו השחקנים / הקבלן / מאמן לחופשה ללא תשלום עד לאישור לחזרה לשגרה ע"י הרשויות המוסמכות בחוק ואו ההנהלה.

3.3. עם חתימה על דף זה השחקן / העובד מצהיר בזאת כי ידוע לו כי כל עבירת משמעת שתעשה במסגרת הקבוצה . לקבוצה תהיה אפשרות לשחרר את הקבלן באופן מידי ללא שום התחייבות כספית ו או התחייבות אחרת מצד השחקן כלפי המועדון.

3.4. ידוע על הקבלן והוא מתחייב על פי דרישת ההנהלה לא לקבל שום עמלה מכל סוכן ו או טובת הנאה שישחקו במועדון ו או יבואו למועדון .

7.5 הקבלן מתחייב לשמור בסודיות תנאי חוזה זה, הן בתקופת עבודתה בחברה והן לאחר שיחדל להיות קבלן הקבוצה מסיבה כלשהי למעט ידע נרכש וניסיון שיירכש כמקובל בענף הכדורגל

ולראיה באו הצדדים על החתום:



הקבלן

בית"ר חל-אביב (מרוגל) בע"מ (חל"צ)
רח' הברזל 38 ת"א 6971054
פ.ח. 512505678

החברה



בית"ר תל-אביב (כדורגל) בע"מ (חלצ)

ח.פ. 512505678

שם השחקן: אור פריצמן

ת.ז: 325701084

כתובת: קוסובסקי 8 ת"א

נייד: 054-737-6226

פרטי בנק להעברה כספית:

בנק: בנק הפועלים

סניף: 806

מספר חשבון: 34776016

חתימה: [חתימה]

בית"ר תל-אביב (כדורגל) בע"מ (חלצ)
רח' הברזל 38 ת"א 6971054
ח.פ. 512505678

325701084
מס' תיק66
מ.א.20
ת.ס.פרידמן תומר
שם העוסק

מע"מ

העתק

מדינת ישראל
רשות המסים
אגף המכס ומע"מ

אישור עוסק פטור

325701084

מספר עוסק

פרידמן תומר

שם העוסק

כינוי העסק

קוסובסקי 8 דירה 5, תל אביב - יפו

מען העסק

נרשם כעוסק פטור
לפי חוק מס ערך מוסףמעמ תל אביב 3
ממונה אזורי03/01/2024
תאריך רישום22/01/2024
תאריך הדפסה

העתק אישור זה הופק במשרד המייצג

אישור זה יהיה בעל תוקף רק לאחר חתימת המייצג וחותמת משרדו
לידיעתך:

- עוסק פטור אינו רשאי להוציא חשבונית מס ואינו רשאי לנכות מס תשומות.
- עוסק פטור שמחזור עסקאותיו במהלך שנת המס עלה על "סכום הפטור", עליו להודיע מיד למשרד אזורי מע"מ בו מנוהל תיקו.
- הצהרת עוסק פטור ניתן לדווח באתר האינטרנט של רשות המסים.

תלוש שכר לחודש 12/2025
הודפס בתאריך 06/01/2026
דף 1 מתוך 1

חברה : 818 - אנאגו בע"מ אונמי
כתובת: ת"ד 20024
ישוב : תל אביב 61200
תיק ניכויים: 935510677
מספר תאגיד: 512695495
תיק בי"ל: 93551067700

פרטים אישיים
מספר זהות: 325701084
ס.משרה: 1-יחידה
משרה בי"ל: עיקרית
בסיס השכר: שעות
מחלקה: 004 מלצרים
מצב משפחתי: ר-0
מספר העובד: 0452
תושב: כן
וותק: 00.01.02
תחילת עבודה: 30/11/2025
דרוג: 000
דרגה: 000
חשבון: 034776016
וותק מ:-

לכבוד
פרידמן תומר
קוסובסקי 8
תל אביב - יפו 6291049

תאור התשלום	כמות	תעריף	גילום	שווי למס	התשלום	ניכויי חובה	הניכוי
013 מש.מלצר...						מס הכנסה	-62.00
008 התלמדות	56.25	40.00			2250.00	ב.לאומי	27.00
004 נסיעות	16.00	16.00			256.00	מס בריאות	85.00
024 שוויארוחות				117.00		עיגול ב.ל.	0.40
						מיטב דש פנסיה	141.60
סה"כ תשלומים						ניכויי חובה	192.00
							2506.00
							117.00

נתונים נוספים				נתונים מצטברים		חשבון חופשה	
ימי עבודה	16	י"ע בחברה	23	שכר חייב מס	2755.00	יתרה קודמת	0.02
שעות עבודה	56.2	ש"ע בחברה	182.0	שווי למס	123.00	צבירה ח.ז.	.31
נק. רגילות	2.25	שכר חייב מס	2623.00	שכ.ב.לאומי	2755.00	ניצול ח.ז.	.00
נק. נוספות	4.00	שכר ב.לאומי	2623.00	בט. לאומי	36.00	יתרה חדשה	0.33
אחוז מס שולי	10%	שכר מבוטח	2360.00	מס בריאות	92.00	חשבון מחלה	
קוד מהדורה	9.155.1	בסיס קרה"ש	0.00	מיטב דש פנסיה	141.60	יתרה קודמת	0.02
חישוב מצטבר	כ/11	גמל מעסיק	295.00			צבירה ח.ז.	.46
אופן תשלום	בנק	לפיצ. לא חויב מס	141.60			ניצול ח.ז.	.00
		ב.לאומי מעסיק	118.30			יתרה חדשה	0.48
		שכר מינ.חודש	6247.67				
		שכר מינ.שעה	34.32				

בוצע: ע"י דוד אמסלם יועץ מס. החשמונאים 105 ת-א
למשלם 2314.00
שכר נטו 2314.00

חברה : 818 - אנאגו בע"מ אונמי	תיק ניכויים: 935510677	תלוש שכר לחודש 01/2026
כתובת: ת"ד 20024	מספר תאגיד: 512695495	הודפס בתאריך 03/02/2026
ישוב : תל אביב 61200	תיק ב"ל: 93551067700	דף 1 מתוך 1

פרטים אישיים			לכבוד
מספר זהות: 325701084	מספר העובד: 0452	משרה בי"ל: עיקרית	
ס.משרה: 1-יחידה	תושב: כן	וותק: 00.02.02	פרידמן תומר קוסובסקי 8 תל אביב - יפו 6291049
בסיס השכר: שעתי	תחילת עבודה: 30/11/2025	דרגה: 000	
מחלקה: 004 מלצרים		חשבון: 034776016	
מצב משפחתי: ר+0		בנק: 10/806	
דרוג: 000		ויתק מ-:	

תאור התשלום	כמות	תעריף	גילום	שווי למס	התשלום	ניכויי חובה	הניכוי
013 מש.מלצר...	71.88	34.33			2467.64	ב.לאומי	74.00
076 ת. גלובלית	71.88	5.00			359.40	מס בריאות	228.00
001 משכורת	1.00	34.33			34.33	עיגול ב.ל.	-0.14
004 נסיעות					315.00	006 מיטב דש פנסיה	371.96
024 שוויארוחות				117.00			
008 התלמדות	19.75	40.00			790.00		
011 הבראה ח	0.17	418.00			71.06		
010 אשראי. סוצ...					2907.39		
סה"כ תשלומים					6944.82	ניכויי חובה	673.82

נתונים נוספים		נתונים מצטברים		חשבון חופשה	
ימי עבודה	24	י"ע בחברה	21	יתרה קודמת	0.33
שעות עבודה	92.6	ש"ע בחברה	182.0	צבירה ח.ז.	.51
נק. רגילות	2.25	שכר חייב מס	7061.82	ניצול ח.ז.	.00
נק. נוספות	2.00	שכר ב.לאומי	7061.82	יתרה חדשה	0.84
אחוז מס שולי	14%	שכר מבוטח	6199.36	חשבון מחלה	
קוד מהדורה	9.156.0ל	בסיס קרה"ש	0.00	יתרה קודמת	0.48
חישוב מצטבר	כ/ן	גמל מעסיק	774.92	צבירה ח.ז.	.76
אופן תשלום	בנק	לפיצ. לא חייב מס	371.96	ניצול ח.ז.	.00
		ב.לאומי מעסיק	318.03	יתרה חדשה	1.24
		שכר מיז.חודש	6247.67		
		שכר מיז.שעה	34.33		

בוצע: ע"י דוד אמסלם יועץ מס. החשמונאים 105 ת-א	לשכר נטו	6271.00
	למשלם	6271.00

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
סריקמן	תומר	325701084	יהושע
רחוב	מס'	מיקוד	טלפון
1012002	815	6291049	0547370226

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 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: _____

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____
במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____
תאריך: 10.3.26 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ X
ע"י **אריאל כרייזר**
מס' רשיון: 62254

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, ח'מר ס'ר' 143, מרחוב קאמלסקי 815 תל אביב, 325701084, מס' 325701084, להיות באי כוחי במשפט של ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או בענין תאונת דרכים מיום נגד מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי 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, 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 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.

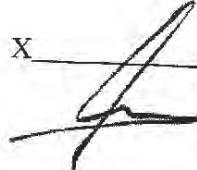
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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 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 10 לחודש 03 שנה 2020

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פריידיג
מס' רשיון: 62254


עורך-דין