



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

אפריל 2026 28
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 08/03/2026
הנפגע: הרשקוביץ איציק, ת"ז 34027730
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.

לידיעתך

- עליך להגיש את התביעה תוך 12 חודשים מיום הפגיעה. על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) 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 וביירוטים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

עמוד 1 מתוך 8

34027730

נא ציין את מספר תעודת זהות

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

☒ תאונה בעבודה

☒ שכיר ☐ עצמאי ☐ מתנדב
☐ מחלת מקצוע, פרט ☐ הכשרה מקצועית ☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי

1 פרטי התובע

שם פרטי	שם משפחה
איציק	השקלר
מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)	טלפון קווי
34027730	0528117405
דואר אלקטרוני:	טלפון נייד
@	
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:	

שם פרטי איש קשר	שם משפחה איש קשר	מס' זהות איש קשר
☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, 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	ישוב	מיקוד

2 פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אנא מלא סעיף 2א'

שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל	תפקיד התובע במקום העבודה
מפעל 22	
רחוב / תא דואר	מס' בית
א"מ 22	24
טלפון קווי	טלפון נייד
	0503204473
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 אמור/ה לבצע)	
שם העסק	סוג העיסוק
רחוב / תא דואר	מס' בית
כניסה	דירה
ישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד
טלפון פקס	

2א

פרטי מקום העבודה -- כוחות הביטחון

מקום השירות:

☐ צה"ל

☐ משא"ז

☐ משמר הכנסת

☐ משטרה

☐ שב"ס

☐ אחר _____

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?

☐ כן ☐ לא

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

3

פרטי הפגיעה

שעת הפסקת עבודה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפגיעה	היום בשבוע	תאריך הפגיעה
	28/3/26	13:50	שני	28/03/2026
				שנה חודש יום

היכן אירעה הפגיעה?

☐ במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק

☒ בדרך לעבודה בג'ט סט 80, ג'ט סט 177.9

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ מחוץ למפעל

☐ בדרך לביתך

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ תאונה בבניין

בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר. אז, נוסע אוטו 1201 ציג כז'יש ט'א

80 ← 40 / 6

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף). נא פרט זמ'אן קומ'א'ה

ת'א'א'ר צ'א'א'ר צ'א'א'ר

האם נכחו עדים בתאונה? ☐ לא ☒ כן, פרט:

שם	כתובת	מספר טלפון	☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר
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 הפנייה הראשונה לקבלת טיפול רפואי)

האיבר שנפגע	מאות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)
נא, מאמר, זא, טניס	תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	שם בית החולים / מחלקה
1452	שנה חודש יום	שם בית החולים / מחלקה
28032026	שנה חודש יום	שם בית החולים / מחלקה
האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים באיבר או האיברים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל? ☒ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת ומתי		
יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטיים		
פרטי הרופאים המטפלים		
שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה
שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה
שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה
שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה

5

סינוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☒ לא ☐ כן

הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ 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 בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע	כתובת	טלפון
סיוע צן איילא טרמל	צוק לאא לא ד תתא	03-7412358

6

פרטים על תאונה

סוג התאונה	☒ תאונת דרכים. יש לצרף דו"ח משטרה והעתק מההודעה לחברת הביטוח. ☐ נפילה ממקום גבוה ☐ נפילה במדרגות או במדרכה פגומה ☐ התחשמלות ☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר ☐ תאונה בבניין שם האתר שם הקבלן המבצע
האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת נזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לפגיעה? ☐ לא ☐ כן	תביעה נגד שם עורך הדין המטפל כתובתו 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 אזרחי

פירוט העיסוקים

7

לפני הפגיעה

במהלך שלושת החודשים שלפני הפגיעה:
 א. ☒ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף * נא לצרף אישורים מתאימים.
 ב. ☐ הכנסתי נפגעה מהסיבה:
☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת * נא לצרף אישורים מתאימים.

לאחר הפגיעה

☒ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

☐ שהיתי בעסק / בעבודתי

עד תאריך			מתאריך		
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום
			2026	03	21

עד תאריך			מתאריך		
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום

עד תאריך			מתאריך		
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום

☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____
☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה
 שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו: _____
☐ משעה _____ עד שעה: _____
☒ עבודה במשמרות

8

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל מניות 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 התובע			
כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:			
שמות בעלי החשבון			
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבוני הפרטי			

פטור ממס הכנסה - יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה
☐ עיור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי

הצהרת התובע/מגיש התביעה
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 בירור זכאותי ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין 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 מתחייב 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 _____ חתימת התובע _____

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע			
שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	קרבה לתובע
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:	
אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: צו 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 לעסק או 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 נוספים 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 החדרה 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 לביתו _____

2 פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

שם המפעל / המעסיק _____ מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי _____

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, הפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

החודש, כולל 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 שנכללו בשכר ברוטו		שם התשלום
		יומי	חודשי		לתיקופה	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, 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 לביור פרטי שכר _____ מספר טלפון: _____

דואר אלקטרוני: _____ @ _____

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

3

פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעסיק/קרן 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 נצברו 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 וחותמת ✕ _____

5

פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____

ושילמנו 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)

קיבוצי:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחותמת ✕ _____
(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

34027730

נא ציין את מספר תעודת זהות

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך הפגיעה
60	34027730	28/03/2020 שנה חודש יום
שם משפחה	שם פרטי	
הירשקוביץ	איציק	
חבר בקופת חולים		
☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרט"י 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 _____ חתימת המבוטח x _____

הופק ע"י דר' פרנצ'סק ברנשטין יוספינה 16:44 28/03/2026

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

מנהל המלרד"ד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית צפורה גויטע טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 28/03/2026 14:44 מספר ביקור: 2541224801 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL	תאריך לידה: 01/04/1977 תעודת זהות: 3402773-0 מין: זכר גיל: 48 שם האב:	שם משפחה: הרשקוביץ שם פרטי: איציק כתובת: תל לכיש 2 26 דימונה 8619583 טלפון: 0528117405 סוג דם: גורם מממן: כללית
--	--	--

סיום טיפול במלרד: שחרור

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
אבחנה MOTOR VEHICLE ACCIDENT (MVA)	E8199			✓			

תלונה עיקרית ומחלה נוכחית

בן 48, לדבריו היה מעורב בת"ד היום, חגור והיה פתיחת כריות אוויר. ללא חבלת ראש, שולל איבוד הכרה, ללא הקאה, זוכר את האירוע. מתלונן על כאב באצבעות 2 ו 3 ביד ימין, גב ועורף.

בדיקה פיזיקלית:
בהכרה מלאה, 15 – GCS, יציב המודינמית ונשימתית.
ראש – ללא רגישות או דפורמציה, תנועות עיניים תקינות, לוע ללא פציעה.
צוואר – ללא רגישות על עמ"ש צווארי, תנועות צוואר תקינות.
חזה – ללא דפורמציות או רגישות, התפשטות סימטרית, כניסת אוויר שווה וטובה דו צידי.
בטן – ללא סימני חבלה, רכה, ללא רגישות, ללא עדות לגירוי צפקי.
אגן – יציב
גפיים – מתהלך, מניע ידיים חופשי.

ת:
צילום: עמוד שדרה, חזה וכף יד:

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

מדדים

VAS	חום PO	סטורציה באוויר חדר	לחץ דם	דופק	תאריך ושעה
2	36.8	99	116/80	99	14:52 28/03/2026

מהלך ודיון

הופק ע"י דר' פרנצ'סק ברנשטין יוספינה 16:44 28/03/2026

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: הרשקוביץ שם פרטי: איציק כתובת: תל לכיש 2 26 דימונה 8619583 טלפון: 0528117405 סוג דם: גורם מממן: כללית	תאריך לידה: 01/04/1977 תעודת זהות: 3402773-0 מין: זכר גיל: 48 שם האב:	מנהל המלרד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית צפורה גויטע טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 28/03/2026 14:44 מספר ביקור: 2541224801 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
--	--	--

נרשם ע"י: דר' פרנצ'סק ברנשטין יוספינה מ.ר. 168058, מיון כירורגי

תאריך עדכון: 16:44 28/03/2026

דיווח / דיון: צילום חזה - לא נראה חזה אוויר או שברים בהסתכלות ראשונית

סיכום

לאחר בירור במיון הכירורגי כעת ללא בעיה כירורגית חריפה, מצבו מאפשר שיחרור הביתה.

המלצות

המלצה: ינוגדי כאב לפי הצורך.

ימעקב רופא מטפל.

יבמידה ומופיעים כאב ראש חזק ומתגבר, הקאה חוזרת או טשטוש, יש לפנות לרופא.

ימנחה 3 ימים.

בריאות שלמה!

תרופות מומלצות להמשך טיפול

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				7 ימים	1 X 3 ביום	1 cap	Oral	ROKAcet PLUS (PARACETAMOL, CAFFEINE, CODEINE PHOSPHATE)
✓				7 ימים	1 X 3 ביום	1000 mg	Oral	V-DALGIN 1.25g/5mL (DIPYRONE)

רופא אחראי

רופא: דר' פרנצ'סק ברנשטין יוספינה מ.ר. 168058

רופא: אבן חזאעל סאמר

הופק ע"י דר' פרנצ'סק ברנשטין יוספינה 16:44 28/03/2026

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

מנהל המלר"ד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית צפורה גויטע טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 28/03/2026 14:44 מספר ביקור: 2541224801 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL	תאריך לידה: 01/04/1977 תעודת זהות: 3402773-0 מין: זכר גיל: 48 שם האב:	שם משפחה: הרשקוביץ שם פרטי: איציק כתובת: תל לכיש 2 26 דימונה 8619583 טלפון: 0528117405 סוג דם: גורם מממן: כללית
---	--	--

נחתם ע"י: דר' פרנצ'סק ברנשטין יוספינה מ.ר. 168058

חתימה: _____

מסמכים נלווים

תאריך: 29/03/2026

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	הרשקוביץ איציק	מס זהות:	00034027730	גיל:	49.00	מין:	ז
ת.לידה:	01/04/1977	ישוב:	דימונה	רחוב:	תל לכיש	טלפון נוסף:	52 - 8117405	
מס בית:	26 / 2	ב	טלפון:	52 - 8117405				

תאריך תאונה: 28/03/2026

2 תאונת עבודה

סוג תאונה:

אבחנות

קוד	איפיון	אבחנה
E811		MOTOR VEHICLE ACCIDENT
7295		PAIN HAND
7242		LOW BACK PAIN
7231		CERVICALGIA
8470		WHIPLASH INJURY

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

⊙ אינו/ה מסוגלת/ת לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 28/03/2026 עד יום 08/04/2026 (בכלל) סה"כ 12 ימים
 29/03/2026 29/03/2026

תאריך מתן התעודה ת. הבדיקה

דימונה ב'

ד"ר ויאצ'סלב בלושיצקי **נחתם דיגיטלית**

חותמת המרפאה חתימה וחותמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חותמת המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

תאריך: 31/03/2026

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	הרשקוביץ איציק	מס זהות:	00034027730	גיל:	49.00	מין:	ז
ת.לידה:	01/04/1977	ישוב:	דימונה	רחוב:	תל לכיש	טלפון נוסף:	52-8117405	
מס בית:	26 / 2	ב	טלפון:	52-8117405				

28/03/2026 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 35165092089

גורם שולח



5165

מספר הפניה



035165092089

תז נבדק



34027730

מספר רשיון



034505

לכבוד: נירולוג

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70023	L9270	בדיקה רפואית - נירולוגיה	70023

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 30/03/2026:
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 29/03/2026:
אתמול בדרך לעבודה הייה מעורב בת"ד, מכה באוטו מקדימה עם פתיחת כריות אוויר
שולל איבוד הכרה, נבדק במיון, ללא שברים
מתלונן על כאבים באצבעות ידיים צוואר, גב תחתון, פנים
30/03/2026
אותן תלונות
31/03/2026
כאבי כתפיים, גב גבי, גב תחתון, בית החזה
כאבי ראש, סחרחורת
שולל הקאה חוזרת

סימנים חיוניים: גובה 178 16/03/2026 משקל 112 16/03/2026 bmi 35.35

לחץ דם 80 / 130 27/06/2023

דופק 85 18/07/2010 סדיר

30/09/2025 מתאריך 89.37 eGFR

ממצאים בבדיקה

במצב כללי טוב.
כניסת אוויר תקינה דו"צ
קולות לב סדירים
רגישות מעל שרירי גב גבי גב תחתון, כתפיים בית החזה
ללא חוסר נירולוגי

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה
E811	MOTOR VEHICLE ACCIDENT
7295	PAIN HAND
7242	LOW BACK PAIN
7231	CERVICALGIA
8470	WHIPLASH INJURY

קוד	איפיון	אבחנה
7804		DIZZINESS
7840		HEADACHE

דיון/תוכנית טיפולית:

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 30/03/2026:
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 29/03/2026:
משככי כאבים.
פיזיותרפיה
הוסבר על דגלים אדומים
ההפניות שהופקו ב 29/03/2026:
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב
30/03/2026:
משככי כאבים.
31/03/2026:
משככי כאבים.

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/03/2006		LIPID METABOLIC DISORDERS
01/05/2010		OBESITY (BMI >30)
01/05/2010		FATTY LIVER
04/05/2018		HYDROCELE
04/05/2018		HYDROCELECTOMY LT

בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/11/1999	01/11/1999		VARICOCELE LT -CANDIDATE FOR SUSGERY
01/09/2007	01/09/2007		S/P Lt. High Ligation

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	SILDENAFIL TAB 100MG 8 100MG

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר ויאצ'סלב בלושיצקי	34505	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחומתת הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

בפניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על סמך הפניה זו, לאחר קביעת תור לטיפול, ניתן להסדיר את התשלום עבור השירות עד למועד התור באמצעות כרטיס אשראי באתר הכללית. לחילופין, ניתן להפיק ט 17 במשרד מרפאת האם. רשימת בי"ח של הכללית מפורסמת באתר הכללית (www.clalit.co.il).

תאריך: 31/03/2026

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	הרשקוביץ איציק	מס זהות:	00034027730	גיל:	49.00	מין:	ז
ת.לידה:	01/04/1977	ישוב:	דימונה	רחוב:	תל לכיש	טלפון נוסף:	52-8117405	
מס בית:	26 / 2	ב	טלפון:	52-8117405				

28/03/2026 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 35165092089

גורם שולח



5165

מספר הפניה



035165092089

תז נבדק



34027730

מספר רשיון



034505

לכבוד: נירולוג

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70023	L9270	בדיקה רפואית - נירולוגיה	70023

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 30/03/2026:
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 29/03/2026:
אתמול בדרך לעבודה הייה מעורב בת"ד, מכה באוטו מקדימה עם פתיחת כריות אוויר
שולל איבוד הכרה, נבדק במיון, ללא שברים
מתלונן על כאבים באצבעות ידיים צוואר, גב תחתון, פנים
30/03/2026
אותן תלונות
31/03/2026
כאבי כתפיים, גב גבי, גב תחתון, בית החזה
כאבי ראש, סחרחורת
שולל הקאה חוזרת

סימנים חיוניים: גובה 178 16/03/2026 משקל 112 16/03/2026 bmi 35.35

לחץ דם 80 / 130 27/06/2023

דופק 85 18/07/2010 סדיר

30/09/2025 מתאריך 89.37 eGFR

ממצאים בבדיקה

במצב כללי טוב.
כניסת אוויר תקינה דו"צ
קולות לב סדירים
רגישות מעל שרירי גב גבי גב תחתון, כתפיים בית החזה
ללא חוסר נירולוגי

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
E811		MOTOR VEHICLE ACCIDENT
7295		PAIN HAND
7242		LOW BACK PAIN
7231		CERVICALGIA
8470		WHIPLASH INJURY

קוד	איפיון	אבחנה
7804		DIZZINESS
7840		HEADACHE

דיון/תוכנית טיפולית:

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 30/03/2026:
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 29/03/2026:
משככי כאבים.
פיזיותרפיה
הוסבר על דגלים אדומים
ההפניות שהופקו ב 29/03/2026:
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב
30/03/2026:
משככי כאבים.
31/03/2026:
משככי כאבים.

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/03/2006		LIPID METABOLIC DISORDERS
01/05/2010		OBESITY (BMI >30)
01/05/2010		FATTY LIVER
04/05/2018		HYDROCELE
04/05/2018		HYDROCELECTOMY LT

בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/11/1999	01/11/1999		VARICOCELE LT -CANDIDATE FOR SUSGERY
01/09/2007	01/09/2007		S/P Lt. High Ligation

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	SILDENAFIL TAB 100MG 8 100MG

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר ויאצ'סלב בלושיצקי	34505	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחומתת הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

בפניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על סמך הפניה זו, לאחר קביעת תור לטיפול, ניתן להסדיר את התשלום עבור השירות עד למועד התור באמצעות כרטיס אשראי באתר הכללית. לחילופין, ניתן להפיק ט 17 במשרד מרפאת האם. רשימת בי"ח של הכללית מפורסמת באתר הכללית (www.clalit.co.il).

מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה שלוחת בוחנים נגב מחוז דרום
כתובת זלמן שזר 33 בית נועם באר שבע
טלפון 086615720
פקס 086615745
דואל bohanim.negev@police.gov.il
מספר תיק פלא 146065/2026
סיווג תיק ת.ד., כללי
מס' מסמך בתיק ו
תאריך 06/04/2026, י"ט ניסן תשפ"ו, 09:28

לכל המעוניין

תאריך התאונה 28/03/2026 בשעה 13:50

מקום התאונה

כביש מס 80 ק"מ מס 177.9 בכביש בין עירוני

הערות מקום

פרטי כלי הרכב והמעורבים

פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
77094203	פרטי נוסעים	סיאט ספרד
חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
מנורה	0033249381-26/5	ישראלית

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	66347527	אבו קוידר בשיר	05/11/1983	סורוקה - באר קלה שבע (מרכזי בנגב)		
נוסע	34055178	אבו קוידר מחמד	25/09/1977	אבו ריקיק, אבו רוקייק (ס)		

פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
43977503	פרטי נוסעים	קיה קוריאה
חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
כלל	54016041101	ישראלית

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	34027730	הרשקוביץ איציק	01/04/1977	דימונה, מרחבים	סורוקה - באר קלה שבע (מרכזי בנגב)	1201

פרטי הולכי רגל

שיוך המעורב	ת.ז	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
-------------	-----	--------	----------	-------	-------------------	--------------

כמות נפגעים

כמות נפגעים	מצב התיק	מתאריך
2	בחקירה	05/04/2026

פרטי המטפל בתיק

מ"א	שם משפחה	שם פרטי
977090	סבח	יצחק

פרטי השוטר המוסר

מספר אישי	שם פרטי	שם משפחה	דרגה	תפקיד
1933381	הילה הגר	בונפלד	רסר	חוקר משל



חתימה
06/04/2026 09:28

מקום שרות

שלוחת בוחנים נגב מחוז דרום

יפוי כח

אני הח"מ, רשמי

ת.ז.ח.פ. מס' 3402 7730, מרחוב ה' אביב 2 ביאנה

ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג לחיות באי כוחי בחליף של נגד 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:

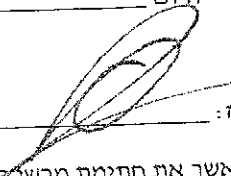
1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, דרישה ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
3. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, 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 הקיימים.
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 המותרות 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 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 16 לחודש 04 שנה 2026

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשיון: 62254

חתימה: X 
הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א' אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	השם	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
השם	השם	השם	34027730	
רחוב	מס'	עיר	מיקוד	טלפון
רחוב	מס'	עיר	8619581	0528117405

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 מותן 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:

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

רופאים:	1.	2.	3.	4.
מכונים, מעבדות:	1.	2.	3.	4.

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

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

תאריך: 14/4/76 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____

מס' רשיון: 62254 חתימה: _____ (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)