

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358 , Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

מ.ל.ב.

18.6.22

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף נפגעי עבודה – סניף נתניה
באמצעות פקס

א.ג.נ.,

הנדון: מורן קבלה, ת.ז. 204597454
תאונה מיום 23/5/23

1. מצ"ב טופס תביעה להכרה בתאונה כתאונת עבודה ולתשלום דמי פגיעה בצירוף תיעוד רפואי והשתכרות.
2. אודה לעיונכם ולאישור תביעת מרשתי.
3. מצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשתי.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

לשימוש פנימי	
בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון	סוג המסמך
204597454	01

חוזמות קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

☐ תאונה בעבודה ☐ מחלת מקצוע, פרט ☐ שכיב ☐ עצמאי ☐ מתנדב	
☐ הכשרה מקצועית ☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי	
1 פרטי התובע שם משפחה: קרל שם פרטי: אר מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר): 204597454 טלפון קווי: _____ טלפון נייד: 0533329649 דואר אלקטרוני: _____@_____.il	
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:	
שם משפחה איש קשר: _____ שם פרטי איש קשר: _____ מס' זהות איש קשר: _____ ס"ב: _____	אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעך, 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: _____ יישוב: _____ 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: _____	
רחוב / תא דואר: _____ מס' בית: _____ כניסה: _____ דירה: _____ יישוב: _____ מיקוד: _____	
טלפון קווי: _____ טלפון נייד: _____ מספר פקס: _____	האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☐ לא ☐ כן, פרט: _____ האם יש קרבה משפחתית בין 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: _____ יישוב: _____ מיקוד: _____	
טלפון קווי: _____ טלפון נייד: _____ טלפון פקס: _____	

פתי מקום העבודה - כוחות הביטחון

מקום השירות: ☐ צה"ל ☐ משמר הכנסת ☐ שב"ס ☐ משטרה ☐ אחר _____

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

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

פרטי הפגיעה

שעת הפסקת עבודה		שעת הפגיעה		היום בשבוע		תאריך הפגיעה	
12:40		12:40		21		23/05/2023	
שנה		חודש		יום			
היכן אירעה הפגיעה?							
☐ במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק ☐ בדרכי לעבודה ☐ בדרך לביתן							
☐ תאונה בבניין ☐							
בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר							
תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט							
שם ☐ כתובת ☐ מספר טלפון ☐							
שם ☐ כתובת ☐ מספר טלפון ☐							
מסיבת הודעה למעסיק על הפגיעה							
תאריך מסירת ההודעה							
שם מקבל ההודעה תפקיד טלפון							
שנה ☐ חודש ☐ יום ☐							

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

האיבר שנפגע	מחלות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה
שנה חודש יום	שעה	ד"ר אשכנזי
האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים באיבר או האיברים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל? ☐ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת ומתי		

יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטים

5 פרטי הרופאים המטפלים

שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה	טלפון המרפאה
		שבה טופלתי או אני מטופל	

5 סייעני ייצוג 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
---------------	-------	-------

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

מ/ 211 (02.2023)

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

עד תאריך	מתאריך	עד תאריך	מתאריך
שנה חודש יום	שנה חודש יום	שנה חודש יום	שנה חודש יום
עד שעה	משעה	עד תאריך	מתאריך
שנה חודש יום	שנה חודש יום	שנה חודש יום	שנה חודש יום
עד שעה	משעה	עד תאריך	מתאריך
שנה חודש יום	שנה חודש יום	שנה חודש יום	שנה חודש יום

☐ שהייתי בעסק / בעבודתי

☐ 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 בחברת 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

9

כל תשלום שייך 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
הבנק	הראשון, תל אביב	133	169588

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

10

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי

הצהרת התובע/מגיש התביעה

11

אני התחום 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 ביוזעין 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 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.

תאריך 17.6.23 חתימת התובע X

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 אפוטרופסות, פסק דין או ויתור סודיות – יש לצרפם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט: שם העד להתימה _____ ת.ז. _____

למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי - ימלא התובע)

פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

1

הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה

מקום הפגיעה: המפעל (בית המלאכה)

שעת הפגיעה: 12:40

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
<u>אחראי על</u>	<u>אחראי על</u>	שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת	תפקידו
שעת היציאה <u>12:30</u>	שעת החזרה הצפויה <u>13:00</u>		

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, _____ הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו _____ הסיבה ליציאה המוקדמת: _____

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

2

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

החודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא ☐ יומי ☐ חודשי	שכר ברוטו החייב בדמי קצונה לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנקללו בשכר ברוטו	שם התשלום
חודש 2/23	15	☒ ☐	5017.25		
חודש 3/23	19	☒ ☐	6588.00		
חודש 4/23	19	☒ ☐	7752.00		
חודש 5/23	22	☒ ☐	6983.00		

העובד שב לעבודה בתאריך 23.05.23 ☐ 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 לבירוק פרטי שכר _____ מספר טלפון: 098667791

תחית המעסיק _____ תאריך 26.23 _____ שם ותפקיד החותם _____ חתימה _____ קול"מ 512864216

(02.2023) 21

204897454

נא ציין את מספר תעודת זהות

3 פרטים על תשלום דמי מחלה על ידי המעסיק/ק/קן 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: 1,5

☐ 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: 7.6.23 תפקיד החותם: מנהל משאבי אנוש שם החותם: אליהו אילן חתימה וחומת

קולמוס שירותי ל"מ
ח.פ. 12864216

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)

קיבוץ:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח

חתימת המעסיק וחומת *

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

תאריך הפגיעה	מספר זהות/דרכון	קוד גמלה
23/05/2023 שנה חודש יום	204597454	60
שם פרטי	שם משפחה	
עזרן	קלנר	
חבר בקופת חולים		
☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

הצהרה

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 אודותיי.

תאריך 13.6.23 חתימת המבוטח *

טופס בקשת מיזע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>שם משפחה</u>	<u>שם פרטי</u>	<u>תעודת זהות</u>	<u>שם האב</u>	<u>טלפון</u>
קבל	מר	204599454	_____	_____
<u>רחוב</u>	<u>מס'</u>	<u>עיר</u>	<u>מיקוד</u>	<u>רחוב</u>
מולד	32	ת"י	_____	_____

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 הבריאות 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 הבריאות 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 מטעמן 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 מטעמן 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:	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: 15.6.23 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ עו"ד אריאל פרייבליג חתימה: X _____

מס' רשעון: 62254

י פ ו י כ ה

אני הח"מ, מרן קבלה, מס' 204597/054, מרחוב מוליר 32 מ"ר,
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או ל להיות באי כוחי במשפט של
נגד בענין תאונת דרכים מיום
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 15 לחודש 6 שנה 23

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פריינברג
מס' רשיון: 62254
עבד-דן



 מרכז רפואי צאנז מסעף לבית הספר ללימודי ט"ש אדלסון • מחיצת סינתזת חוראלי	גליון מיון מס' אשפוז: 23125732 ת. קבלה לביה"ח: 23/05/2023 שעת קבלה: 13:02 	מחלקה: חדר מיון מנהל: ד"ר מידן רועי א. אחראית: טלפון: 09-8604630 פקס: 09-8609200 ד"א: rmeidan@laniado.org.il
---	--	---

פרטים אישיים

שם משפחה: קבלה תעודת זהות: 1-204597454 כתובת: מוהליבר 32 נתניה	שם פרטי: מורן ת. לידה: 14/06/1993 מין: נקבה גיל: 30.0	שם האב: טלפון: 053-3329649 גורם מממן: קופח כללית
--	--	--

רופא מרכז הטיפול: ד"ר סאלי לוי
 שעה: 14:12

רופא מרכז הטיפול: ד"ר עוזאי קעדאן
 שעה: 16:06

רופא מרכז הטיפול: ד"ר רומן ליברון
 שעה: 16:20

סיבת פניה:

כאבים בצוואר, גב, ברך וכתף מימין

מחלה נוכחית, בדיקה גופנית ותכנית עבודה:

לדבריה, יום פנייתה למיון היתה מעורבת בתאונת דרכים במהלך העבודה בתור נהגת חגורה, קנמטיקה קלה, ללא חבלת ראש, מתלוננת בעיקר על כאבים בצוואר בכתף ימין, בע"ש מותני, בברך ימין.

בבדיקתה - לא חואים שינויים חיצוניים בצוואר, גבף ברך וכתף ימין, שיפשוף שטחי מעל PIZIFORM שורש כף יד שמאל

ראש: ללא סימני חבלה חיצוניים, בהכרה מלאה, GCS 15

צוואר: רגישות במישוש שרירים פארא ווירטבראליים, ללא הגבלה בתנועות, תחושה וכוח גס בכפות ידיים שמורים

גב: רגישות במישוש שרירים פארא ווירטבראליים בע"ש מותני, ללא הגבלה בתנועות. תחושה וכוח גס בכפות רגליים שמורים

גפיים עליונות: ללא הגבלה בתנועות, בדיקה נוירוסקולרית תקינה

כתף ימין - רגישות דיפוזית קלה, ללא הגבלה בתנועות, ללא גרעון נוירוסקולרי.

ברך ימין - רגישות קלה דיפוזית בקדמת הברך, ללא נפיחות או תפליט, ישור אקטיבי מלא, הגבלה קלה בכיפוף בשל כאבים, בדיקה נוירוסקולרית תקינה, הליכה אנטלגית אך עם דריכה מלאה

צילומים: ללא ממצא חבלתי, עקמת ידועה מגיל 14 שנה עם סיבוב חוליות.

ללא עדות לבעיה אורטופדית חריפה משוחררת עם ההמלצות:

-משככי כאבים לפי הצורך

-טיפול פיזיותראפי בקופ"ח.

-מנוחה בבית

-המשך מעקב רופא מטפל בקופ"ח

-חופש מחלה 5 ימים

-במידה ותחול החמרה במצב יש לפנות לבדיקה רפואית

 לניאדו מרכז רפואי צאנז מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש רות צברוך ורפפורט הטכניון, חיפה Affiliated to the Rappaport Faculty of Medicine Technion-Haifa	מרשם 	מחלקה: חדר מיון מנהל: ד"ר מידן רועי טלפון: 09-8604630 פקס: 09-8609200 ד"א: rmeidan@laniado.org.il
---	--	---

פרטים אישיים

שם משפחה: קבלה	שם פרטי: מורן	מין: נקבה	שם האב:
תעודת זהות: 1-204597454	ת' לידה: 14/06/1993	גיל: 30.0	טלפון: 053-3329649
כתובת: מוהליבר 32 נתניה	גורם מממן:		

משך	תדירות	מינון	מתן	שם תרופה
7 יום	3 / Daily	1 Tab	PO	roket plus TAB

תאריך: 23.05.2023

שם רופא: ד"ר ליברון רומן מ.ר. 37218

חתימה:

הרופא המרשם
ד"ר ליברון רומן מ.ר.
37218

תאריך: 30/05/2023

הפניה לדימות

פרטי המטופל:

שם משפחה ופרטי: קבלה מורן
מס זהות: 00204597454
גיל: 29.11
מין: נ
תלידה: 14/06/1993
ישוב: נתניה
טלפון: 53- 3329649
מס בית: 32
טלפון נוסף: 53- 3329649
רחוב: מוהליבר

מספר הפניה ישירה: 32014124336

גורם שולח



2014

מספר הפניה



032014124336

תז נבדק



0204597454

רשיון רופא



120589

ביים הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטים וצילומים קודמים.
לנשים בלבד!
אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות.
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

שירות שנבחר

שירות רפואי
10301030

תיאור רפואי

72010 צילום עמוד שדרה לסקוליוזיס (עקמת) לכל אורכו

קוד שירות

78167

המטופל מתלונן על

בת 30 שנים ידוע על עקמת בגב
לדבריה לפני 7 ימים היתה מעורבת בתאונת דרכים, כנהגת, מנגנון קדמי,
עברה טיפול ראשוני במיון כולל צילומים ללא ממצא חריג
כעת פנתה עקב המרש כאב בכתפיים, צוואר וגב תחתון
בבדיקה
מצב כללי יציב
צוואר וגב תחתון רגישות פאראבירט'בראלית ללא רגישות מעל חוליות ללא חסר
NV
הגבלה בתנועות ספירליניג חיובי לירמיט שלילי
גפיים עליונות כוח גס שמור בכל התחנות 5/5 תחושה שמורה ללא הגבלה
בתנועות הופמן שלילי דוצ
גפיים תחתונות כוח גס שמור בכל התחנות 5/5 ותחושה שמורה ללא הגבלה
בתנועות
הליכה תקינה
רושם לכאב על רקע מתיחה שרירית
משוחרר עם ההמלצות:
משככי כאב ונוגדי דלקת
פיזיותרפיה לגב
מעקב אורטופד
מנוחה מעוסמ בגב
צילום עמוד שדרה

אבחנה משוערת

BACK SYMPTOMS/COMPLAINTS
ROAD ACCIDENT
CONTUSION BACK AND BUTTOCKS

אבחנה

איפיון

קוד

L02

E813

9223

בעיות פעילות

SCOLIOSIS

VITAMIN D DEFICIENCY

בעיה

איפיון

מגילוי

01/04/2013

06/12/2022

נמסר ע"י

תגובה

רגישות ל

המטופל

אינו ידוע

תולדות עבר

בעיה

איפיון

מגילוי

מ.סיום

Normal color Doppler fetal echocardiogram

09/03/2020

24/12/2021

12/12/2022 מתאריך CREATININE: 0.58

120589

ד"ר נור א דין כבהה

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

פניה לטיפול באחד מבית"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת בי"ח מפורסמת באתר הכללית

פרטים כלליים

גיל המטופל: 29.11
 תאריך ביקור: 30/05/2023
 סוג ביקור: 2 תאונת עבודה
 מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: בת 30 שנים ידוע על עקמת בגב
 לדבריה לפני 7 ימים היתה מעורבת בתאונת דרכים במגרת עבודתה, כנהגת, מנגנון
 קדמי,
 עברה טיפול ראשוני במיון כולל צילומים ללא ממצא חריג
 כעת פנתה עקב המרש כאב בכתפיים, צוואר וגב תחתון
 בבדיקה
 מצב כללי יציב
 צוואר וגב תחתון רגישות פאראברטיבראלית ללא רגישות מעל חוליות ללא חסר NV
 הגבלה בתנועות ספירלינג חיובי לירמיט שלילי
 גפיים עליונות כוח גס שמור בכל התחנות 5/5 תחושה שמורה ללא הגבלה בתנועות הופמן
 שלילי דוצ
 גפיים תחתונות כוח גס שמור בכל התחנות 5/5 תחושה שמורה ללא הגבלה בתנועות
 הליכה תקינה
 רושם לכאב על רקע מתיחה שרירית
 משוחרר עם ההמלצות:
 משככי כאב ונוגדי דלקת
 פיזיותרפיה לגב
 מעקב אורטופד
 מנוחה מעוסמ בגב
 צילום עמוד שדרה



ממצאים ותוכנית אבחנתית

קוד	איפיון	אבחנה
L02		BACK SYMPTOMS/COMPLAINTS
E813		ROAD ACCIDENT
9223		CONTUSION BACK AND BUTTOCKS

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	סטטוס
הפניה לדימות	78167-צילום עמוד שדרה לסקו	H3	הודפס

P	M	K	N	OP	סה"כ משך D פ	יחידה	הגשה מנה	תרופה
PD	1	N		יחידה	20	1 טבליות	TAB	1
								BREXIN 20MG (M) TAB 20MG

סיכום

מבנה סיכומי יועץ

סיכום ביקור	סוג סיכום	סטטוס	סיווג חשיבות
		נשלח לרופא מטפל ראשוני אליו משויך המטופל	רגילה

הסיכום ישלח אוטומטית

הודפס בתאריך: 30/05/2023 14:08
הודפס ע"י: ד"ר נור א דין כבהה
רישום מתאריך: 30/05/2023 14:04:12

דף 2

רישום ביקורים
קבלה מורן; ת.ז.: 4-20459745-00; גיל: 29.11

פרטי עדכון

שם מרפאה: מרכז לרפואה יועצת נתניה

תאריך עדכון: 30/05/2023

קוד מרפאה: 2014

רופא מעדכן: ד"ר נור א דין כבהה

קוד מחוז: 12

מס רשיון: 120589

לשימוש פנימי

058/01/058/01/05

גבירה

תאור סיבת סטטוס הצמדה: מטופל כבר

מבנה שירותים של הפניות

מזהה אישור
מסר

תאריך: 30/05/2023

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	קבלה מורן	מס זהות:	00204597454	גיל:	29.11	מין:	נ
ת.לידה:	14/06/1993	ישוב:	נתניה	רחוב:	מוהליבר			
מס בית:	32	טלפון:	53- 3329649	טלפון נוסף:	53- 3329649			

מספר הפניה ישירה: 35142027687

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



5142



035142027687



0204597454



136705



לכבוד: א.א.ג.

טנטון חדש לאחר ת.ד לפני 5 ימים

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70022	L9254	בדיקה רפואית - א.א.ג.	70022

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתיעצות בשל

תלונות טנטום באוזן ימין מזה שבוע ימים ללא ירדה בשמיעה

סימנים חיוניים: גובה 160 20/11/2017 משקל 69 21/06/2020 bmi 26.95

לחץ דם 106 / 63 21/06/2020

דופק 108 09/03/2020

מתאריך 12/12/2022 eGFR 124.52

אבחנה משוערת

קוד	אפיין	אבחנה
3883		TINNITUS

בעיות פעילות

מ.גילוי	אפיין	בעיה
01/04/2013		SCOLIOSIS
06/12/2022		VITAMIN D DEFICIENCY

בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	אפיין	בעיה
24/12/2021	09/03/2020		Normal color Doppler fetal echocardiogram

רגישויות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
אין ידוע		המטופל

תרופות קבועות

ב...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	28	YAZ PLUS TAB CF 1
ביום	1	יחידות	1000IU 1000IU	VITAMIN D3 D.H CHEW.GUM 1000IU 1000IU 1

רופא	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	מיליטר	1	SPATONE APPLE IRON LIQ 28X25ML
ביום	1	שקית אבקה	1	IRON COMFORT (ALTM.) STICK PWD
נודה לך על חוות דעתך והמלצתך				
מוחמד מנסור			136705	
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת הרופא		

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

פניה לטיפול באחד מבית"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת בי"ח מפורסמת באתר הכללית

תאריך: 30/05/2023

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:	
שם משפחה ופרטי:	קבלה מורן
ת.לידה:	14/06/1993
מס בית:	32
מס זהות:	00204597454
גיל:	29.11
מין:	נ
רחוב:	מוהליבר
טלפון נוסף:	53- 3329649
ישו:	נתניה
טלפון:	53- 3329649

תאריך תאונה: 23/05/2023

2 תאונות עבודה

סוג תאונה:

אבחנות

קוד	אבחנות
A80	ACCIDENT/INJURY; NOS
L02	BACK SYMPTOMS/COMPLAINTS

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

⊙ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 23/05/2023 עד יום 08/06/2023 (בכלל) סה"כ 17 ימים
30/05/2023 30/05/2023

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

מוחמד מנסור

חותמת המרפאה

חתימה וחותמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד





012014121454

מס' מרשם

שירותי בריאות כללית

כללית

מרשם

מס' זהות: 00204597454

גיל: 29.11 מין: ב

קבלה מורן

BREXIN 20MG (M) TAB 20MG

000048845

למשך 20 ימים סה"כ 20 יח

טבליות 1 x 1 ביום

תוקף מרשם: 29/08/2023 - 30/05/2023



מס' רישיון



120589

טלפון: 09-8603555

שם הרופא ד"ר נור א דין כבהה

כתובת: רזיאל 8, נתניה

תחום: אורתופדיה

נחתם דיגיטלית

חתימה וחותמת הרופא:

בידיעתי, במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

שם בית המעלה/המורה
שם המורה/המורה

אישור על ביקור במרפאה

אני מאשר/ת כי
שם המורה/המורה

ביקור זה הוא במרפאתו בשעה
למסרת ☐ ביקור אצל רופאה ☐

אחר ☐

מכון פיתוחים
חידוש 8 נתיב
טל: 09-8603555
09-8603539
תאריך: 30/05/23

חתימה מורפאה

מס' 44 / 78005 / 09

כללית

מחוז שרון-שומרון **כללית**

המרכז לרפואה יועצת נתניה

רחוב רזיאל 8

טל': 09-8603555

פקס: 09-8601474

אישור על ביקור במרפאה

אורי קבלה

(שם פרטי ומשפחה)

אני מאשר/ת כי

צרכי

ביקור/ה היום במרפאתנו בשעה

למסרת X ביקור אצל רופא/ה

אחר

30.5.23

מחוז שרון-שומרון **כללית**

המרכז לרפואה יועצת נתניה

רחוב רזיאל 8

טל': 09-8603555

פקס: 09-8601474

חתימה וחותמת

פא"י 1410044028 מ. 96006

פרטי המעסיק שם המעסיק: קוגמן שירותי רכב בע"מ כתובת: המסגר 23 נתניה		תיק ניכויים: 921305264 מספר חפ: 512864216
פרטי עובד ת.ז/דרכון: 204597454 מחלקה: (23) משרד מצב משפחתי: נשואה + 2 תאריך לידה: 14/06/1993 תחילת עבודה: 12/02/2023 נקודות זיכוי: 7.75 % מס שולי: 10.00 % העסקה: 100.00 % משרה: 100.00	פרטי הבנק בנק: בנק יהב לעובדי המדינה בע"מ סניף: 133 מס חשבון: 169588	מספר עובד: 204597454 מחלקה: (23) משרד תאריך לידה: 14/06/1993 תחילת עבודה: 12/02/2023 וותק: 0.13 בסיס השכר: חודשי דירוג:

קבלה מורן
מוהליבר 32
נתניה

8,000.00	-1,411.63	0.00	0.00	0.00	6,558.37	230.59	0.00	72.00	6,285.78
תשלומים	תש. נוספים	שווי למס	הפרשים	הכנסה חייבת	ניכויי חובה	קופות גמל	ניכויי רשות	נטו לבנק	

א. תשלומים				כמות	תעריף	אחוז
משכורת				1.00	6,800.00	100.00
ש"נ גלובלי - כולל הפרשות סוציאליות				1.00	1,200.00	100.00
סה"כ תשלומים					8,000.00	
ב. תשלומים נוספים				כמות	תעריף	אחוז
הוצאות נסיעה - סכום חודשי קבוע				1.00	225.00	100
מחלה 100%				-3.59	309.09	100
מחלה 100%				-1.00	309.09	100
מחלה 50%				-1.41	309.09	50
סה"כ תשלומים נוספים					-1,411.63	
ג. ניכויי חובה			שוטף	הפרשים		
מס הכנסה			0.00	0.00		
ביטוח לאומי			26.35	0.00		
מס בריאות			204.24	0.00		
סה"כ ניכויי חובה			230.59	0.00		
ה. ניכויי רשות			תאור	כמות	תעריף	אחוז
דמי חבר בארגון עובדים					72.00	
סה"כ ניכויי רשות					72.00	

הודעות:

עבודה (ימים ושעות)	
שכר מינימום חודשי	5,300.00
שכר מינימום שעותי	29.12
ימי עבודה - תקן	27.00
ימי עבודה בפועל	19.00
שעות עבודה חודשיות - תקן	198.00
שעות עבודה חודשיות בפועל	122.77

נתונים חודשיים	
ברוטו למס הכנסה	6,558.37
ברוטו לביטוח לאומי	6,588.37
ברוטו לביטוח לאומי הפרשים	0.00
הכנסה מבוטחת	0.00
הכנסה לא מבוטחת	6,588.37
ביטוח לאומי מעסיק	233.89
בסיס לקרן השתלמות	0.00
פיצויים שחויבו במס	0.00
פיצויים שלא חויבו במס	0.00

נתונים מצטברים	
מס הכנסה	0
ביטוח לאומי	46
מס בריאות	360
הפרשות לקופ"ג	0
הפרשות לקרן השתלמות	0
שכר חייב במס הכנסה	11,557
שכר ביטוח לאומי	11,606

12	11	10	09	08	07	06	05	04	03	02	01
25 25											

נתוני שכר	
שכר בסיס	6,800.00
תעריף יום	309.09
תעריף שעה	36.80

היעדרויות		שם	י. קודמת	זכאות	ניצול	יתרה
מחלה	0.91	1.50	2.41	0.00		
חופשה	0.71	1.15	2.00	-0.14		

פרטי המעסיק שם המעסיק: קוגמן שירותי רכב בע"מ כתובת: המסגר 23 נתניה		תיק ניכויים: 921305264 מספר חפ: 512864216	
פרטי עובד מספר עובד: 204597454 ת.ז/דרכון: 204597454 מחלקה: (23) משרד מצב משפחתי: נשואה + 2 תאריך לידה: 14/06/1993 תחילת עבודה: 12/02/2023 נקודות זיכוי: 7.75 % מס שולי: 10.00 % העסקה: 61.00 % משרה: 100.00 וותק: 0.04 בסיס השכר: חודשי דירוג:		פרטי הבנק בנק: בנק יהב לעובדי המדינה בע"מ סניף: 133 מס חשבון: 169588	
קבלה מורן מוהליבר 32 נתניה			
4,880.00	תשלומים	137.25	ת.ש. נוספים
0.00	שווי למס	0.00	הפרשים
4,998.95	הכנסה חייבת	175.60	ניכויי חובה
0.00	קופות גמל	0.00	ניכויי רשות
43.92	נטו לבנק	4,797.73	₪
א. תשלומים			
כמות	תעריף	אחוז	
0.61	6,800.00	100.00	משכורת 4,148.00
0.61	1,200.00	100.00	ש"נ גלובלי - כולל הפרשות סוציאליות 732.00
			סה"כ תשלומים 4,880.00
ב. תשלומים נוספים			
כמות	תעריף	אחוז	
0.61	225.00	100	הוצאות נסיעה - סכום חודשי קבוע 137.25
			סה"כ תשלומים נוספים 137.25
ג. ניכויי חובה			
שטף	הפרשים		
0.00	0.00		מס הכנסה 0.00
20.07	0.00		ביטוח לאומי 20.07
155.53	0.00		מס בריאות 155.53
175.60	0.00		סה"כ ניכויי חובה 175.60
ה. ניכויי רשות			
כמות	תעריף	אחוז	
			דמי חבר בארגון עובדים 43.92
			סה"כ ניכויי רשות 43.92
הודעות:			
עבודה (ימים ושעות)			
שכר מינימום חודשי	5,300.00		
שכר מינימום שעתי	29.12		
ימי עבודה - תקן	15.00		
ימי עבודה בפועל	15.00		
שעות עבודה חודשיות - תקן	109.50		
שעות עבודה חודשיות בפועל	94.02		
נתונים חודשיים			
ברוטו למס הכנסה	4,998.95		
ברוטו לביטוח לאומי	5,017.25		
ברוטו לביטוח לאומי הפרשים	0.00		
הכנסה מבטחת	0.00		
הכנסה לא מבטחת	5,017.25		
ביטוח לאומי מעסיק	178.11		
בסיס לקרן השתלמות	0.00		
פיצויים שחויבו במס	0.00		
פיצויים שלא חויבו במס	0.00		
נתונים מצטברים			
מס הכנסה	0		
ביטוח לאומי	20		
מס בריאות	156		
הפרשות לקופ"ג	0		
הפרשות לקרן השתלמות	0		
שכר חייב במס הכנסה	4,999		
שכר ביטוח לאומי	5,017		
12 11 10 09 08 07 06 05 04 03 02 01			
25			
נתוני שכר			
שכר בסיס	6,800.00		
תעריף יום	309.09		
תעריף שעה	36.80		
היעדרויות			
שם	י. קודמת	זכאות	ניצול
מחלה	0.00	0.91	0.00
חופשה	0.00	0.61	0.00
נטו לבנק 4,797.73 ₪			