

ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)
RAMAT GAN, 5252204
Tel 03-7412358, Fax2mail 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)
רמת גן 5252204
טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

30.8.21

לכבוד

המאגר הישראלי לביטוחי רכב חובה - הפול
באמצעות פקס : 03-9620909

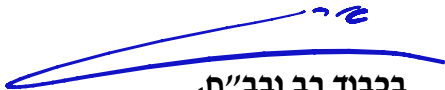
מ.ל.ב.
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

ח.ג.,

הנדון : ת"ד מיום 31.5.20 מס' רכב : 65726001
מס' תביעה : 20200000003536

בהמשך למכתבכם מיום 26.8.21 הריני מתכבד להשיבכם כדלקמן :

1. מצ"ב תצהירי בריאות ווס"רים חתומים על ידי מרשיי.
2. כן, מצ"ב יפויי כח ונתוני השתכרות.
3. ארכה כמבוקש. אודה לקבלת שמות מומחים מוסכמים לבדיקת מרשיי ולקביעת נכותם.
4. לחילופין, אודה לקבלת הצעה מקסימלית ועניינית בנסיבות.


בכבוד רב ובב"ח,
אריאל פרייברג, עו"ד

תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), התשמ"ו – 1986

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

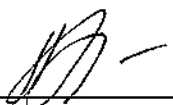
אני הח"מ שירי שגיר בעל ת.ד. 6 150 01980 התובע בתיק _____
בבית (ה) משפט _____ ב _____ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי
אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

1. להלן רשימת מחלות שהיו לי ושחייבו את אשפוזי במוסד רפואי:

תאריך:	_____	המחלה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	המחלה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	המחלה:	_____	המוסד הרפואי:	_____

2. להלן פרטים על תאונות שהיו לי (פרט לתאונה נשוא התביעה):

תאריך:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____

X 
חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד אילנה זכריה מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 16.12.1
הופיעה בפני שירי שגיר (המוכרת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודה/זהות מס' _____
6 150 01980 ולאחר שהוזהרתי/יה כי עליו/יה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/
תעשה כן יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.


חתימת עורך הדין

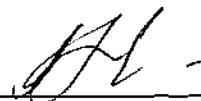
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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 16 לחודש 7 שנה 21

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פריינברג
מס' רשיון: 62254
עוזר דין

טופס בקשת מידע 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>דאר'</u>	<u>מס'</u>	<u>האג'ר</u>	<u>טלפון</u>
רחוב	מס'	עיר	מיקוד

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: _____ 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: _____ עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____
X _____ (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס) _____
62254 _____

מתאים למקור
לדרייברג, עו"ד

תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), התשמ"ו – 1986

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ ירבן גלילי בעל ת.ז. 21761551 התובע בתיק _____
בבית (ה) משפט _____ ב _____ לאחר שהזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי
אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

1. להלן רשימת מחלות שהיו לי ושחייבו את אשפוזי במוסד רפואי:

תאריך: _____ המחלה: _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ המחלה: _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ המחלה: _____ המוסד הרפואי: _____

2. להלן פרטים על תאונות שהיו לי (פרט לתאונה נשוא התביעה):

תאריך: 2004 הפגיעה: זרס ראש המוסד הרפואי: חמר
תאריך: _____ הפגיעה: _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ הפגיעה: _____ המוסד הרפואי: _____

X _____
חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד אילן מרזוק, מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 16.8.21
הופיעה בפני ירבן גלילי (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' 21761551
ולאחר שהזהרתי/ויה כי עליו/יה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/
תעשה כן יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את מוסדת תצהיר/ה.

02254

חתימת עורך הדין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני התתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>שם משפחה</u>	<u>שם פרטי</u>	<u>תעודת זהות</u>	<u>שם האב</u>
כ"א	י"ב	21708551	שם האב
רחוב	מס'	מיקוד	טלפון
47	7	7	7

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 וויתור 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 האב _____ ת.ז. _____

תאריך: _____ עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ מס' רשיון: 62254 _____ חתימה: _____
(במקרה של קטין - חתימת האמטרונום)

**מתאים למקור
אריאל פרייזר, ע"ד**

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, ישראל אלרז, מס' 2178551, מרחוב מלך המלכים 42, תל אביב, נגד
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות בא כוחי במשפט של 31.5.20 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, חגנה, 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 רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם 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.

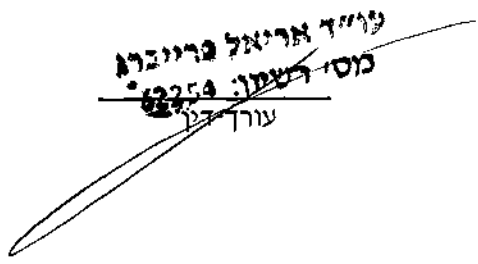
המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 11 לחודש 4 שנה 21

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל


עו"ד אריאל פרייבמן
מס' רשמי: 62254
עורך דין



סה"כ הכנסות
₪285,070.20

סה"כ תקבולים
₪285,070.20

uxwit

בארי 47 תל אביב - יפו 6423313
עוסק מורשה 021768551
נייד 0528404025
Yardenoon@gmail.com
yardenoon@gmail.com

לתקופה 01/01/2020 - 31/12/2020

דיווח הכנסות תקופתי

סיכום הכנסות ותקבולים (22 מסמכים)

סיכום הכנסות		סיכום תקבולים	
סה"כ הכנסות חייבות	₪243,649.74	סה"כ העברות בנקאיות	₪284,338.95
סה"כ הכנסות פטורות	₪0.00	סה"כ כרטיסי אשראי	₪0.00
מתוכן במסמכים מעורבים	₪0.00	סה"כ צ'קים	₪0.00
סה"כ הכנסות כולל	₪243,649.74	סה"כ אחר	₪0.00
מע"מ	₪41,420.46	סה"כ פייפאל	₪0.00
		סה"כ אפליקציות תשלום	₪731.25
סה"כ הכנסות כולל מע"מ	₪285,070.20	סה"כ מזומן	₪0.00
		ניכוי במקור	₪0.00
		סה"כ שולם	₪285,070.20

חברה : 009 - זוטא פיי תשלומים בעמ
כתובת: אסתר המלכה 4
ישוב : תל אביב 6439804

11824.85	לתשלום	
----------	--------	--

תלוש שכר לחודש 05/2020
הודפס בתאריך 09/06/2020
דף 1 מתוך 1

תיק ניכויים: 936146059
מספר תאגיד: 515340149
תיק ב"ל: 93614605900

חברה: 009 - זוטא פיי תשלומים בעמ
כתובת: אסתר המלכה 4
ישוב: תל אביב 6439804

פרטים אישיים

מספר זהות: 0
מספר העובד: 0039 [N09801506]
משרה בי-ל: עיקרית
תושב: לא
חלקיות המשרה: 1.0000 וותק: 01.10.03
תחילת עבודה: 29/07/2018
מחלקה: 000
מצב משפחתי: ר+0
דרוג: 000
דרגה: 000
וותק מ: -
בנק: 10/816
חשבון: 063964974

לכבוד

NAURAZBAYEVA AIGERIM

בארי 47
תל אביב 0

תאור התשלום	כמות	תעריף	גילום	שווי למס	התשלום	ניכויי חובה	הניכוי
001 משכורת					13500.00	מס הכנסה	1852.55
004 נסיעות					500.00	ב.לאומי	76.00
064 ש.נוס 25%	1.00	153.40			153.40	כלל ביטח	810.00
024 שווי ארוחות	21.00	30.00		630.00			
סה"כ תשלומים					14153.40	ניכויי חובה	2738.55

נתונים נוספים		נתונים מצטברים		חשבון חופשה	
ימי עבודה	21	שכר חייב מס	81836.52	יתרה קודמת	2.00
שעות עבודה	189.0	שווי למס	1890.00	צבירה ח.ז.	1.00
שעות העדרות	0.00	שכ.ב.לאומי	81836.52	ניצול ח.ז.	.00
שעות ליום	9.00	מס הכנסה	11717.82	יתרה חדשה	3.00
נק. רגילות	1.50	בט. לאומי	449.00	חשבון מחלה	
אחוז מס שולי	31%	כלל ביטח	3930.00	יתרה קודמת	31.69
קוד מהדורה	9.118			צבירה ח.ז.	1.50
חישוב מצטבר	1/כן			ניצול ח.ז.	.00
אופן תשלום	ישירות			יתרה חדשה	33.19

שכר נטו 11414.85

ניכויי רשות

ניכויי רשות

לתשלום 11414.85

חברה : 009 - זוטא פיי תשלומים בעמ
כתובת: אסתר המלכה 4
ישוב : תל אביב 6439804

15244.95	לתשלום	
----------	--------	--