

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

26.10.21

לכבוד
משטרת ישראל
אגף התנועה – מחוז ת"א
מרחוב אמצ' 2 תל אביב

א.ג.נ. שלום רב,

הנדון: מנחם אליוף, ת.ז. 301130944
תאונה מיום 9.8.18, מספר תיק פלא 360246/2018

1. הנני מייצג את מרשי שבנדון בעקבות תאונה בה נפגע ביום 9.8.18
2. אודה לקבלת תיק המשטרה-הכרעת הדין הנוגעים לנהג המעורב והאחראי לתאונה, מר מוחמד סאלח, ת"ז 207661323.
3. ככל ויש צורך להגיע פיזית/לשאת בעלות צילום החומר אודה לקבלת דרישתכם בחוזר.
4. לעיונכם וטיפולכם המסור והמהיר אודה.

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

לכבוד רב ובתודה,
אריאל פרייברג, עו"ד

טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים	יחידת בוחנים מחוז תא	מספר תיק פלא	2018	360246 /
יחידה	תאריך	מס' תיק מסוף	מס' תיק	ת.ד.
	25/10/2018	1	11:47	ת.ד.
	ט"ז חשון תשע"ט	2018 - 14312 - 2008	סיווג תיק	
טלפון	כתובת	פקס	מס' מסמך בתיק	
03-6802222	אמץ 2, תל אביב	03-6803607	מס' מסמך בתיק	
נושא המסמך		מייל		
		iohananim.telaviv@police.gov.il		

לכל המעוניין

1. תאריך התאונה: 09/08/2018 בשעה 08:50
2. מקום התאונה: תל אביב - יפו. צומת רחוב חיל השריון עם רחוב גולומב - תל אביב יפו בכביש עירוני הערות מקום: תל אביב יפו, דרך חיל השריון, תל אביב יפו, גולומב,
3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

פרטי הרכב:

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
3154612	פרטי נוסעים	סקודה צ'כיה
לא הוצג	חברת ביטוח	סוג לוחית
		ישראלית

מעורבים ברכב:

שיוך המעורב	ת.ז	שם	שנת לידה
נהג	207661323	סאלח מוחמד	02/07/1999
כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה	
משהד, משהד			
4. פרטי הולכי רגל:	מצב התיק: בחקירה	מתאריך: 12/08/2018	
5. כמות נפגעים: 1			

פרטי המטפל בתיק

מ"א	שם משפחה	שם פרטי
974063	טרטקובסקי	סימון

פרטי השוטרים המוסר

מ"א	דרגה	שם משפחה	שם פרטי
933622	רסב	חיים	יהושע

י פ ו י כ ה

אני הח"מ, מר חוב 301130444 איריס סר הילון מס' 9.8.11
ת.ז. מס' 301130444 מרחוב איריס סר הילון להיות באי כוחי במשפט של
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או במשפט של 9.8.11 בענין תאונת דרכים מיום 9.8.11
נגד במשפט של 9.8.11 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 החוצאה 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.

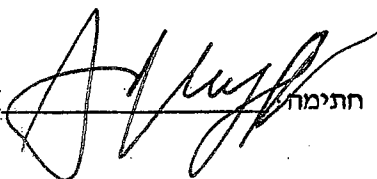
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כת 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 כת זה מראש.

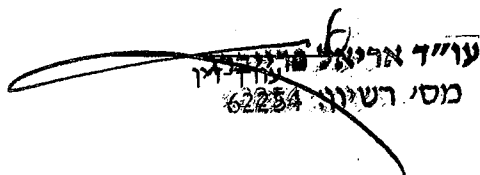
המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 9 לחודש 10 שנה 2019

X  חתימה

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל


עו"ד אריאל פרידמן
מס' רשיון 62254

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	
א.א.א.		א.א.א.		א.א.א.		301130444			
סמ'ר-ר.ס.		10		חולין		מיקוד		טלפון	
רחוב		מס'		עיר					

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ואו מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ואו מי מטעמן ואו לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ואו לצבא הגנה לישראל ואו למשרד הבטחון ואו לכל עובד בתחום הסוציאלי ואו הסיעודי למסור ל- (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ואו הסוציאלי ואו מצבי בתחום הסיעודי ואו השיקומי ואו כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ואו כל רופא מרופאיהם ואו כל עובד מעובדיהם ואו כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ואו פסיכיאטריים ואו שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ואו השיקומי ואו הסוציאלי ואו 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 ואו למי מרופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו 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 ואו רופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו 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.	
מכונים, מעבדות:		1.		2.		3.	
		1.		2.		3.	

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

במקרה של קטין: שם האם		ת.ז.		שם האב		ת.ז.	
תאריך: 11.10.11		עד לחתימה ומאשרת		חתימה:		X	
		מס' רשיון: 62254		(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)			

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

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