‏15/08/2019

|  |  |
| --- | --- |
| **לכבוד**  ד"ר \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מנהל מחלקת \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  בביה"ח \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  דואל: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ טל. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **מאת** עו"ד ונוטריון \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  כתובת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  דואל: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ טל. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

שלום רב,

**בקשה לקבלת תעודה רפואית   
עבור מאושפז המבקש לעשות פעולה בפני נוטריון**

בחר פריט. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , המבקש/ת לעשות פעולה בפני נוטריון, מאושפז/ת אצלכם מתאריך \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. למיטב ידיעתי, סיבת האשפוז היא: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

היות והנ"ל מבקש/ת לבצע פעולה נוטריונית; והיות שעל מנת לבצע פעולה זו נדרשת הוכחה בדבר הכשירות הרפואית של הנ"ל, שמשמעה הבנה של משמעות הפעולה וחופשיות הרצון לביצועה, הרי שנדרשת חתימת רופא על התעודה הרפואית המצורפת בסוף פניה זו.

**על כן, הריני לבקש מכם כדלקמן:**

1. אנא תאמו עמי מועד לבדיקה הרפואית ולחתימת הרופא על התעודה הרפואית המצ"ב.  
   מועד זה יתואם בתוך 7 ימים, ורצוי אף קודם לכן (בהתאם לנוהל שגובש ע"י ועדת הנוטריונים ומשרד הבריאות);
2. במועד האמור, ייפגש הנוטריון טרם הבדיקה עם הרופא, שהוסמך על-ידך למתן השירות, ויציידו בתעודה רפואית;
3. לאחר הבדיקה ימלא הרופא את התעודה וימסור אותה לידי הנוטריון;
4. **א)** אם ימצא הרופא שלמאושפז/ת הנ"ל יש כשירות לבצע פעולה בפני נוטריון – הפעולה הנוטריונית תבוצע מיד לאחר הבדיקה הרפואית;   
   **ב)** אם ימצא הרופא שלמאושפז/ת הנ"ל אין כשירות לבצע פעולה בפני הנוטריון, יודיע הרופא לנוטריון את החלטתו/ קביעתו בהתאם;
5. התעודה הרפואית תהא חסויה ולא תימסר לגורם שלישי.

אשמח לענות על כל שאלה נוספת, ותודה על שיתוף הפעולה!

עו"ד ונוטריון \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **תעודה רפואית**  **(בהתאם לתקנה 4(ה) לתקנות הנוטריונים)** |
| תאריך: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  שם הרופא: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   מען: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מקום עבודה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מס' רשיון: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   **אני, הח"מ, מעיד/ה ומאשר/ת בזאת כי:** ביום \_\_\_/ \_\_\_/ \_\_\_ בדקתי את בחר פריט. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת.ז./ דרכון \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ הנמצא/ת במחלקת \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ומצאתי שהנ"ל חולה ב: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **אני מצהיר/ה, כמו כן, כי** החולה, בחר פריט. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:  בהכרה מלאה ובדעה צלולה אחראי/ת על מעשיו/ה וכשיר/ה לעשיית פעולה בפני הנוטריון.   אינו/ה כשיר/ה לבצע פעולה בפני הנוטריון מהסיבה הבאה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **תוספת שלא מופיעה בתקנות (ניתן למחוק)**  תעודה זו ניתנת על ידי לשם הגשתה כראיה לבית המשפט, והריני מצהיר בזאת כי ידוע לי היטב, שלעניין הוראות החוק הפלילי בדבר עדות שקר בשבועה בבית המשפט, דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדין עדות בשבועה שנתתי בבית המשפט.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **שם וחתימת הרופא** |