

טופס הזמנת חוות דעת רפואית -1

אני/אנו החתום/חתומים מטה מזמין/מזמינים בזאת חוות דעת רפואית
מפרופ' איידה עינבל מרח' העבודה 14, הוד השרון

בעניין:

שם פרטי: _____

שם משפחה: _____

ת.ז. _____

הנושא: _____

הנני /הננו מאשר/מאשרים כי אשלם/נשלם לפרופ' איידה עינבל
סכום של _____ ש"ח +מע"מ

(במילים: _____)

עבור קריאה ראשונית של החומר, הערכת האפשרות לכתיבת חוות
דעת רפואית, והערכת העלות של חוות דעת רפואית

מזמין חוות הדעת

שם פרטי: _____

שם משפחה: _____

ת.ז. _____

כתובת:

רח' _____ מס' _____

עיר: _____

טלפון נייד: _____

טלפון קוי: _____

חתימה: _____

טופס הזמנת חוות דעת רפואית - 2

אני/אנו החתום/חתומים מטה מזמין/מזמינים בזאת חוות דעת רפואית
מפרופ' אאידיה עינבל מרח' העבודה 14, הוד השרון

בעניין:

שם פרטי: _____

שם משפחה: _____

ת.ז. _____

הנושא: _____

מקדמה בסכום של _____ ש"ח + מע"מ

(במילים: _____)

מתוך: _____ ש"ח

עבור קריאה של החומר, והכנת חוות דעת לעיון (טיוטא) שאינה
תקפה כחוות דעת מומחה רפואי להגשה לבית המשפט.

מזמין חוות הדעת

שם פרטי: _____

שם משפחה: _____

ת.ז. _____

כתובת:

רח' _____ מס' _____

עיר: _____

טלפון נייד: _____

טלפון קוי: _____

חתימה: _____

טופס הזמנת חוות דעת רפואית - 3

אני/אנו החתום/חתומים מטה מזמין/מזמינים בזאת חוות דעת רפואית
מפרופ' אאידה עינבל מרח' העבודה 14, הוד השרון

בעניין:

שם פרטי: _____

שם משפחה: _____

ת.ז. _____

הנושא: _____

סכום של _____ ש"ח + מע"מ

(במילים: _____)

בתשלום מראש כנגד חוות הדעת החתומה במקור

עבור קריאה של החומר, וחוות דעת של מומחה רפואי שתקפה

להגשה לבית המשפט (לא כולל הופעה בבית משפט).

מזמין חוות הדעת

שם פרטי: _____

שם משפחה: _____

ת.ז. _____

כתובת:

רח' _____ מס' _____

עיר: _____

טלפון נייד: _____

טלפון קוי: _____

חתימה: _____

ויתור על סודיות רפואית

תאריך: _____

אני החתום מטה שבעניני ניתנה חוות הדעת הרפואית מסכים/מסכימה
(מחק את המיותר) שחוות הדעת הרפואית תמסר לעו"ד.

שם: _____,

שם משפחה: _____

ת.ז. _____

כתובת: _____

טל נייד: _____

דוא"ל _____

חתימה: _____

אני החתום מטה מאשר כי זיהיתי את החותם/חותמת בעזרת תעודת זהות
והנ"ל חתם/חתמה בפני .

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____

מס רשיון עריכת דין: _____ חתימה: _____

חותמת: _____

טלפון: נייד: _____ טלפון במשרד: _____

תאריך: _____

פרטי כרטיס אשראי:

שם הכרטיס: _____

שם בעל הכרטיס: _____

ת.ז. בעל הכרטיס: _____

מס כרטיס: _____

תוקף: _____

כתובת: _____

חתימה:

להחזיר לפקס 09-7404841.

או לשלוח צ'ק לפקודת:

פרופ' אאידה עינבל

רח' העבודה 14

הוד השרון 45267