

## מסמכי קליטה נדרשים

רופא/ה יקר/ה,

תודה על פנייתך להצטרף לסגל "הרצליה מדיקל סנטר".

לנוחיותך, ריכזנו עבורך את רשימת המסמכים אותם יש להעביר אלינו לצורך קליטתך במערכת.

<input type="checkbox"/> אישור על חיסונים שבוצעו (בהתאם לרשום בטופס)	<input type="checkbox"/> רשיון לעסוק ברפואה
<input type="checkbox"/> שאלון פרטים אישיים	<input type="checkbox"/> תעודת מומחה
<input type="checkbox"/> העדר יחסי עובד מעביד	<input type="checkbox"/> אישור ביטוח אחריות מקצועית (מדנס) בתוקף
<input type="checkbox"/> רשימת ניתוחים	<input type="checkbox"/> תעודת השכלה - MD
<input type="checkbox"/> ויתור סודיות לאימות מוסד לימודים באנגלית	<input type="checkbox"/> מסמך התחייבות הרופא
<input type="checkbox"/> אישור בגיר- ייפוי כח למעסיק	<input type="checkbox"/> קורות חיים
<input type="checkbox"/> הצהרת סודיות	<input type="checkbox"/> 2 המלצות (מנהל מחלקה, סגן מנהל מחלקה, מנהל מכון ומנהל יחידה פטורים מצירוף המלצות)
<input type="checkbox"/> נוהל, הצהרה והנחיות אבטחת מידע	<input type="checkbox"/> תעודת ACLS בתוקף
<input type="checkbox"/> פנקס בריאות לעובדי קרינה	<input type="checkbox"/> פרטי רכב לצורך עדכון הרשאות חניון
	<input type="checkbox"/> צילום תעודת זהות + ספח

את המסמכים ניתן לשלוח אלינו בקלות באמצעות אתר האינטרנט של בית החולים בכתובת: <https://u.hmc.co.il/klita>

או באמצעות האימייל: [info\\_dr@hmc.co.il](mailto:info_dr@hmc.co.il).

תודה רבה על שיתוף הפעולה.

**מחוייבים אישית לבריאות שלך**

## שאלון עדכון פרטי רופא

### כללי

שם פרטי:	שם משפחה:	מין: <input type="radio"/> ז <input type="radio"/> נ	מספר ת.ז.:
שם פרטי באנגלית:	שם משפחה באנגלית:	תאריך עליה:	ארץ לידה:
כתובת מגורים:			
מיקוד:	טלפון בבית:	טלפון נייד:	כתובת אימייל:

### תואר ותפקיד:

תואר:	דוקטור	פרופסור	תחום התמחות:	מתאריך:
תת התמחות:				מתאריך:

### מקום עבודה:

בית חולים:	טלפון בבית:	טלפון נייד:
תפקיד בבית החולים:		

### קליניקה פרטית:

כתובת המרפאה:		
טלפון למטופלים:	טלפון מזכירה:	מספר הפקס:

### הסדרי ביטוח וקופות חולים:

חברות ביטוח עמן קיים הסכם ניתוחים: <input type="radio"/> הראל <input type="radio"/> פניקס <input type="radio"/> כלל <input type="radio"/> מגדל <input type="radio"/> מנורה <input type="radio"/> איילון <input type="radio"/> אחר:
קופות חולים עמן קיים הסכם ניתוחים: <input type="radio"/> כללית <input type="radio"/> לאומית <input type="radio"/> מאוחדת <input type="radio"/> מכבי

### פעילות בהרצליה מדיקל סנטר:

<input type="radio"/> שוכר מרפאה	<input type="radio"/> מנתח	<input type="radio"/> אסיסטנט בהתקשרות כספית עם המדיקל	<input type="radio"/> אסיסטנט בהתקשרות כספית עם רופא
<input type="radio"/> מרדים	<input type="radio"/> תורן	<input type="radio"/> יועץ חיצוני	<input type="radio"/> רופא בית
רופא מגבה (לרופאים מנתחים):		תפקיד:	טלפון נייד:

### רשימת ניתוחים / טיפולים / פעולות אותם מבצע בבית החולים:

--

### מחוייבים אישית לבריאות שלך

In Honor of:

## Confidentiality Disclaimer

I, the undersigned, hereby permit the Herzlia Medical Center and/ or an authorized person on its behalf, to turn to \_\_\_\_\_ ("the academic institution") for the purpose of verifying the certificate \_\_\_\_\_ (diploma / certification / degree / license). By signing this document, I release the Herzlia Medical Center and/ or any of its employees and / or anyone on its behalf from any charge of breach of confidentiality related to receiving or using the information in regards to this certificate / diploma. I fully understand that this information is needed for the verification of the certificate / diploma which I presented to the Herzlia Medical Center, for the purpose of hiring me for work.

Title:

Doctor's Name:

I.D:

Worker Number:

Date:

Signature:

## רשימת ניתוחים

כחלק מתהליך בקרת האיכות, בהתאם לנוהל משרד הבריאות, ובמטרה לאשר לך לבצע פעילות רפואית בהרצליה מדיקל סנטר, יש למלא את הטבלה הבאה במלואה. מנתח יורשה לבצע אך ורק ניתוחים בהם יש לו ניסיון משמעותי, בתוצאות טובות, ואותם הוא מבצע באופן שגרתי.

סיבוכים משמעותיים (נא לתאר)	מספר הניתוחים שבוצעו ב-12 החודשים האחרונים כמנתח ראשון	סוג הניתוח

שם הרופא/ה	תאריך	חתימה וחותמת
------------	-------	--------------

מחוייבים אישית לבריאות שלך

## אישור על חיסונים

רופא/ה יקר/ה,

בהתאם לנוהל משרד הבריאות מיום 5.3.09, על כל עובד במערכת הבריאות המבצע פעולות פולשניות

חלה החובה לבצע את הבדיקות הבאות ולהגישן להנהלת בית החולים:

anti-HBc • anti-HBs כמותי • HBs-Ag • HCV •

תבחין טוברקולין בשיטת מנטו:

תאריך הזרקה:	תאריך קריאה:	תוצאה:
תאריך הזרקה:	תאריך קריאה:	תוצאה:
צילום חזה: <input type="radio"/> בוצע <input type="radio"/> לא בוצע		
המלצות לטיפול מונע: <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> פרוט:		
חתימת מבצע התבחין:		

לחלופין, ניתן לשלוח את אישור המרפאה לבריאות העובד על קבלת החיסונים כמצורף:

שם הרופא/ה:	מספר תעודת זהות:
-------------	------------------

אני, הח"מ, מאשר/ת כי העובד/ת

- קיבל/ה את כל החיסונים הדרושים ע"פ נוהל חיסון עובדי בריאות חדשים ואשר הוא/היא רשאי לקבלם.
- עבר תבחין טוברקולין (מנטו)

אישור זה הינו: <input type="radio"/> קבוע <input type="radio"/> זמני	עד תאריך:
--	-----------

שם האחות	תאריך	חתימה וחותמת
----------	-------	--------------

מחוייבים אישית לבריאות שלך



## אישור על חיסונים

רופא/ה יקר/ה,  
בהתאם לנוהל משרד הבריאות מיום ה' באלול, התשע"ו, 8.9.2016, מס' 8/2016, על כל עובד בריאות להיות מחוסן  
נגד המחלות הקשות החשובות אשר נגדן קיים חיסון. יש להציג להנהלת בית החולים אישור על ביצוע החיסונים  
הנדרשים ותוצאות בדיקות הנוגדנים:

anti-HBc • anti-HBs כמותי • HBs-Ag •

**אישור על ביצוע החיסונים:**

3 מנות חיסון להפטיטיס B.

2 מנות MMR (חצבת, חזרת, אדמת) או כייל נוגדנים מחסן.

1 מנת IPV (פוליו) לאחר גיל 18 + הצהרה על קבלת 2 מנות בילדות.

1 מנת Tdap (דיפתריה, טטנוס ושעלת) ב-10 השנים האחרונות+הצהרה על קבלת 2 מנות דיפתריה וטטנוס בעבר.  
הצהרה על מחלת אבעבועות רוח בגיל ילדות.

**תבחין טוברקולין בשיטת מנטו:**

תוצאה:  שליילי  חיובי

**במידה וחיובי:**

צילום חזה:  בוצע  לא בוצע

המלצות לטיפול מונע:  לא  כן

אישור רופא תעסוקתי:  לא  כן

**לחלופין, ניתן לשלוח את אישור המרפאה לבריאות העובד על קבלת החיסונים כמצורף:**

שם הרופא/ה:  מספר תעודת זהות:  אני, הח"מ, מאשר/ת כי העובד/ת

1. קיבל/ה את כל החיסונים הדרושים ע"פ נוהל חיסון עובדי בריאות חדשים מיום 08 לספטמבר 2016.
2. כייל מחסן של נוגדנים נדרשים.
3. עבר תבחין טוברקולין (מנטו).

אישור זה הינו:  קבוע  זמני עד תאריך:

שם האחות  תאריך  חתימה וחותמת

**מחוייבים אישית לבריאות שלך**

## מערכת חנייה ממוחשבת

רופא/ה יקר/ה,

בביה"ח קיימת מערכת בקרה ממוחשבת לחניונים.

המערכת הממוחשבת מעניקה שירותי חניה טובים יותר הן לסגל הרופאים והעובדים והן ללקוחות ואורחי בית החולים.

המערכת פועלת בכל שלושת החניונים הצמודים לבית החולים כאשר החניה המערבית מיועדת ללקוחות ולאורחים (חניה בתשלום) והחניונים הדרומיים מיועדים לרופאים ולעובדי בית החולים. מערכת בקרת חניון הרופאים פועלת בטכנולוגיה של זיהוי אוטומטי של מספר הרישוי ולטובת כך, נבקשך לחתום על טופס הצהרה של מספר רישוי הרכב איתו את/ה נוהג/ת לבוא לבית החולים - רכב אחד לרופא.

מספרי הרישוי ישמרו במערכת החניה בלבד וניתן יהיה לעדכןם בכל עת.

לידיעתך, המערכת לא תאפשר כניסה לחניה בו זמנית למספר רכבים הרשומים על שמכם.

אנו מודים על שיתוף הפעולה.

### הצהרה על פרטי הרכב

מספר רכב	יצרן הרכב	צבע הרכב	טלפון נייד

שם הרופא/ה	מספר רישיון הרופא	תאריך	חתימה וחותמת

### מחוייבים אישית לבריאות שלך

## העדר יחסי עובד מעביד

לכבוד: הרצליה מדיקל סנטר בע"מ

הריני לאשר בזאת כי אני נותן שירותים להרצליה מדיקל סנטר בע"מ, מעת לעת כעצמאי. ידוע לי וכך סוכם עימי לבקשתי, כי התמורה המשולמת לי עבור שירותי תשולם כנגד חשבונית מס והינה בבחינת עלות כוללת להרצליה מדיקל סנטר בע"מ.

הנני מצהיר כי הנני דואג לתנאים סוציאליים בגין שירותי להרצליה מדיקל סנטר בע"מ. אני שב ומצהיר כי לבקשתי הנני נותן שירותים כעצמאי ולא מתקיימים יחסי עובד מעביד ביני לבין הרצליה מדיקל סנטר בע"מ.

במידה ותידרשו לשלם תשלום כלשהו בהתייחס למתן השירות אותו הנני מעניק לכם הנובע בלעדית מקיומם של יחסי עובד ומעביד בינינו (להלן: התשלום), אשיב לכם התשלום בו תחוייבו (לרבות תשלומי פנסיה, הפרשות סוציאליות, פיצויי פיטורין, חופשה, הבראה, נסיעות, תגמולי ביטוח לאומי וכל סכום אחר הנובע ישירות מקיומם של יחסי עובד מעביד) ובכל מקרה, תחושב מחדש התמורה ששולמה לי כעצמאי נותן שירותים וזו תועמד על 60% מהתמורה שקיבלתי, כאשר היתרה תיזקף על חשבון התשלום כאמור.

בברכה,

שם הרופא/ה	תאריך	חתימה וחותמת

מחוייבים אישית לבריאות שלך



## התחייבות לסודיות ואי תחרות

אני הח"מ:  הנושא(ת) ת.ז.:

וכתובתי:

מצהיר(ה) ומתחייב(ת) כלפיכם "הרצליה מדיקל סנטר בע"מ" (להלן: "החברה"), כדלקמן:

- אני מודע/ת לכך שהמידע (כהגדרתו להלן) אשר הגיע ו/או יגיע לידי ו/או לידיעתי במסגרת ובמהלך עבודתי מהווה סוד עסקי/מקצועי של החברה והינו קניינה, והועמד לרשותי אך ורק לצורכי עבודתי בחברה לתקופת עבודתי בה, ואני מודע לכך כי כל גילוי של מידע זה ו/או כל חלק ממנו עלול לגרום לחברה נזקים חמורים, כספיים ואחרים.
- הנני מתחייב/ת לשמור בסודיות מוחלטת, לא לגלות לכל אדם, ולא לעשות שימוש כלשהו במידע, כולו או מקצתו, שבא או יבוא לידיעתי במסגרת עבודתי בחברה, בין במישרין ובין בעקיפין, וכן לא להעביר, בכל דרך שהיא וכל זמן שהוא, את המידע או כל חלק ממנו לכל אדם שהוא, אלא אך ורק על פי הוראות החברה ואישורה, במהלך עסקיה הרגילים של החברה.
- הנני מתחייב/ת שלא להעתיק ו/או לשכפל ו/או לצלם ו/או להפיץ ו/או לפרסם ו/או לשמור ברשותי, בין בתקופת עבודתי ובין לאחריה, חומר הנכלל במידע או חלק כלשהו ממנו.
- הנני מתחייב/ת כי מיד עם סיום עבודתי בחברה, מכל סיבה שהיא ומבלי לפגוע בכל זכות או סעד אחר העומדים לרשות החברה על פי הוראות כל דין, אחזיר לחברה לאלתר כל חומר, מסמכים, רישומים וכל רכוש אחר הקשורים בחברה הנמצא ברשותי, ולא תהיה לי בהם זכות עכבון.
- בכתב התחייבות זה "מידע" - לרבות חוזים, פרטי לקוחות, פרטי ספקים, התקשרויות עם גופים אחרים, מחירים, נתונים על מטופלים לרבות מצב בריאותם, רשומות רפואיות, פרטים על רופאים, תכנונים, שרטוטים ומפרטים, מאגרי מידע, תוכניות מחשב וכן נתונים כלכליים, חשבונאים או פיננסיים של החברה ו/או הקשורים בפעילותה, שיטות עבודה, תוכניות עסקיות וכל אינפורמציה אחרת בכתב או בעל פה הקשורה לעסקי החברה.
- המסמך נחתם על ידי לאחר שקראתי אותו, הבנתי את תוכנו והבעתי מרצוני החופשי הסכמתי לתוכנו.

חתימת הרופא:

חתימת החברה:

מחוייבים אישית לבריאות שלך

## הצהרת סודיות ואבטחת מידע ממוחשב

בהתאם לחוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981

אני הח"מ:  הנושא(ת) ת.ז.:

וכתובתי:

מצהיר(ה) כלפיכם "הרצליה מדיקל סנטר בע"מ" (להלן: "החברה"), כי ידוע לי כי מאגרי המידע של הרצליה מדיקל סנטר בע"מ, הרשומים בפנקס מאגרי המידע של משרד המשפטים בהתאם לחוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981, מהווים מאגר מידע רשום כהגדרתם עפ"י החוק.

על כן, הנני מתחייב/ת כדלהלן:

- להגן על שלמות המידע המובא לידיעתי מפני חשיפה, שימוש או העתקה.
- לשמור על סודיות מוחלטת ולא להעביר, לא להודיע, לא למסור ו/או לא להביא לידיעת כל אדם, שלא בהתאם להנחיות מסירת המידע בארגון, כל ידיעה וכל מידע, אשר יגיעו לידיעתי בתקופת עבודתי או לאחר מכן
- לא למסור מידע ממוחשב או אחר לאדם מתוך המערכת או מחוצה לה שאינו מוסמך מטעם ההנהלה לקבל מידע זה.
- אני מתחייב כי אם אקבל רשות להשתמש במאגרי המידע של בית החולים, אנשה זאת אך ורק לצורך מתן השירותים לבית החולים, ובהסכמה מפורשת בכתב מטעמו. אני מתחייב לפעול בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות והוראות כל חוק הנוגע לעניין.
- לא לחדור לצורך כלשהו לרבות קריאה, כתיבה, שינוי, מחיקה, העברה והעתקה למדיה מגנטית או אחרת למחיצות שאינן קשורות ישירות לעבודתי השוטפת (כגון הנהלה, מערכת ניהול שכר, משאבי אנוש וכו'), למעט פעולות חיוניות לגביהן הוסמכתי, כגון תיקון תקלות, איתור מסמכים, גיבוי ושיחזור, המוזמנות באופן ישיר ומסודר על-ידי בעלי זכויות באותן מחיצות.
- ידוע לי כי תוקף סודיות מידע רפואי הנו ללא תפוגת זמן.
- אני מצהיר כי קראתי את ההוראות וההנחיות בנוגע להנחיות אבטחת מידע המצורפות כנספח במסמכי הקליטה וכי הבנתי את תוכנן ומשמעותן ואת חובותיי על פיהן.
- אני מצהיר בזה שידוע לי, כי אי מילוי התחייבויותי הנ"ל מהווה עבירה פלילית מכוח חוק העונשין, התשל"ז - 1977 וחוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981 וכן חוקים אחרים לפי סוג המידע, וכי אהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק בגין אי מילוי התחייבויותיי.

תאריך:  שם הרופא:  חתימה:

מחוייבים אישית לבריאות שלך

## הרצליה מדיקל סנטר – התחייבות הרופא

רופא/ה נכבד/ה,

אנו מודים לך על שבחרת לקיים את פעילותך הרפואית בבית החולים הרצליה מדיקל סנטר. מטרת מסמך זה להבהיר את נהלי העבודה שמחייבים את הרופאים המבצעים פעולות בהרצליה מדיקל סנטר, ועושים שימוש במתקני הרצליה מדיקל סנטר לשם טיפול במטופליהם.

- א. הרופא מתחייב לפעול על פי חוקי מדינת ישראל ונהלי בית החולים הרצליה מדיקל סנטר.
- ב. הרופא מצהיר כי הינו מורשה לעסוק ברפואה בישראל ובעל אישור תואר מומחה בתחומו.
- ג. הרופא מתחייב לפעול במקצועיות ובמיומנות בביצוע הפעולות, על פי הסטנדרטים המקובלים בתחום.
- ד. הרופא מתחייב להחזיק בפוליסת ביטוח אחריות מקצועית התקפה לכל פעילות אשר יבצע בבית החולים הרצליה מדיקל סנטר, להציג את אישור הביטוח ולחדשו מעת לעת לגבי כל תקופת פעילותו כתנאי לפעילותו בבית החולים. יובהר כי אין בכך כדי להוסיף או לגרוע מאחריותו על פי כל דין. הרופא מתחייב להודיע מיידית על כל שינוי ו/או ביטול בפוליסה או תוקף אישור הביטוח מכל סיבה שהיא.
- ה. הרופא מצהיר ומתחייב לפעול על פי הקוד האתי של ההסתדרות הרפואית בישראל והקוד האתי של הרצליה מדיקל סנטר אשר יפורסם מעת לעת.
- ו. הרופא מתחייב להודיע להנהלת הרצליה מדיקל סנטר לאלתר על כל מקרה של ביטול, התלייה או השעיה של הרישיון ועל כל הליך של בדיקה או בירור שננקט נגדו על ידי משרד הבריאות או כל גוף מוסמך אחר.
- ז. הרופא מתחייב להודיע להנהלת הרצליה מדיקל סנטר לאלתר על כל שינוי במצבו הבריאותי המונע ממנו לבצע את תפקידו בצורה בטוחה למטופלים.
- ח. הרופא מצהיר ומתחייב לפעול בהתאם להוראות ההנהלה, ההרשאות שניתנו לו והנהלים של בית החולים ולהודיע למנהל הרפואי ולקבל את אישורו על כל שינוי באופן ביצוע פרוצדורה או הכנסת פרוצדורה חדשה בעבודתו.
- ט. הרופא מתחייב להכיר את בית החולים מתקניו ונהליו, ומקבל על עצמו לבצע את פעולותיו בהתאם ליכולות ומגבלות המקום וזמן. בכל מקרה בו קיים ספק, יש לקבל את אישורו של המנהל הרפואי תחילה.

מחוייבים אישית לבריאות שלך

- י. הרופא מתחייב כי יסביר למטופל את מהות הפעולה הרפואית, את הסיכונים, הסיכויים והחלופות ולאחר קבלת הסכמה מדעת יחתים את המטופל על טופס הסכמה מדעת ייעודי או כללי לפי העניין, בהתאם לפעולה הרפואית ובזמן סביר לפני ביצוע הפעולה. יש לשים לב להוראות הדין בכל הנוגע לקבלת הסכמה לטיפול בקטינים ו/או חסרי כשרות משפטית. מובהר כי אין לבית החולים הרצליה מדיקל סנטר או מי מטעמו כל אחריות בכל הנוגע למתן הסברים למטופל, ואחריות זו חלה על הרופא ועליו בלבד.
- יא. הרופא או מי מטעמו, אחראי לערוך ביקורים עתיים לכל הפחות פעם ב-24 שעות למטופליו המאושפזים, ואף יותר בהתאם למצבם הרפואי. כמו כן יש לתת הוראות מפורשות לגבי האשפוז והטיפול במטופל, כולל זימון יועצים על פי הצורך והנחיות לגבי רופא מגבה. כמו כן, הרופא המטפל אחראי לשחרור המטופל, כולל מסירת מכתב שחרור ובו הנחיות להמשך טיפול. הרופא אחראי בלעדית למצב המטופל לאחר שחרורו מהרצליה מדיקל סנטר.
- יב. הרופא מתחייב לדווח על כל מקרה חריג הקשור לטיפול הרפואי והסיעודי של המטופל. דיווח על אירוע חריג יתבצע למול יחידת ניהול סיכונים ובתיאום עם המנהל הרפואי.
- יג. הרופא מתחייב להשתמש בתיק הרפואי הממוחשב של בית החולים, בכל הנוגע לרישום הבדיקות, הוראות הטיפול והדוחות השונים בהתאם להנחיות בית החולים.
- יד. הרופא מצהיר כי אין בינו ובין הרצליה מדיקל סנטר יחסי עובד מעביד או יחסי שליחות.
- טו. חל איסור על הכנסת גורמים חיצוניים שאינם מורשים כגון – סוכני חברת ציוד, רופאים עוזרים או חיצוניים אחרים וכד' – אלא לאחר אישור מראש ובכתב של הנהלת בית החולים.

## זימון בלוק לחדרי ניתוח

- א. זימון בלוק לחדר ניתוח יתבצע באמצעות מערכת MBooking של בית החולים ובתיאום מול מוקד הניתוחים.
- ב. הרופא יבצע קבלה רפואית מלאה ומסודרת על פי נהלי בית החולים ויודא כי המידע המלא עבר לתיקו הרפואי של החולה אשר מועמד לניתוח.
- ג. בתהליך הזימון יש למלא בצורה ברורה ומסודרת את כל הפרטים הנדרשים, לרבות ובמיוחד משאבים מיוחדים, ציוד רפואי מיוחד, סיוע של איש מקצוע וכד'. יש להקפיד הקפדה יתירה על וידוא זימון משאבים.
- ד. תוכנית הניתוחים המלאה תישלח לפחות 7 ימי עבודה מראש ותקבל אישור ממוקד הניתוחים בהתאם. במקרה של אי עמידה בזמנים אלו, רשאי בית החולים להקצות את הבלוק לרופא אחר או בהתאם לצרכיו.
- ה. מוקד הניתוחים רשאי לבצע שינויים בבלוק, לרבות הקדמה, איחור או קיצור – על פי אילוצי בית החולים – וזאת בתיאום ובעדכון הרופא המזמין.

## מחוייבים אישית לבריאות שלך



1. במקרה של ניתוח פרטי שאינו דרך גורם משלם שב"נ או חברת ביטוח, יש לקבל הצעת מחיר רשמית של בית החולים אשר מפרטת את סך כל העלויות ולהעבירה למטופל.

### הסדרי תשלומים

א. התשלום לרופא בעבור עבודתו ייגבה רק באמצעות בית החולים או בהתאם להסדרי הרופא ישירות למול הגורמים המבטחים, וזאת על פי חוק ההסדרים מיולי 2016. לפיכך אסורה כל גבייה נוספת מהמטופל בגין הפעולה למעט זו אשר נגבתה על ידי בית החולים.

ב. בעבור גביית שכר טרחת רופא בית החולים גובה עמלה משתנה העומדת נכון לחתימה על מסמך זה בשיעור של 4% מסך שכר הטרחה שנגבה.

ג. מובהר כי אין בעצם גביית התשלום עבור הרופא כדי להוות משכורת, וכי אין בכך כדי להוות יחסי עובד מעביד או יחסי שליחות.

**שאיפתנו היא להיות בית חולים מוביל ומקדם גישה מקצועית ואכפתית ולהיות סמל ליושרה והגינות, תוך הדגשה של כבוד ועזרה הדדית לזולת.**

**בכל שאלה, הכוונה או עצה בנוגע לנוהלי עבודה אלו ניתן לפנות למנהל הרפואי של בית החולים.**

חתימה

מספר רשיון

שם הרופא

בהצלחה,  
הנהלת בית החולים.

מחוייבים אישית לבריאות שלך

**טופס 2**  
 (תקנה 2(א)(1))

**תעודת מוסד**

לפי חוק למניעת העסקה של עברייני מין במוסד המכוון למתן שירות לקטינים,  
 התשס"א 2001- (להלן - החוק)

שם המוסד<sup>1</sup> הרצליה מדיקל סנטר סוג המוסד בית חולים<sup>2</sup>

מס' רישום<sup>3</sup> 513609867

כתובת המוסד<sup>1</sup> רמת ים 7, הרצליה מיקוד 45851 טלפון 09-9592430

אני הח"מ	דני	אנגל	22216071
שם פרטי	שם משפחה	שם פרטי	שם משפחה

מנהל המוסד הרצליה מדיקל סנטר<sup>4</sup> / מנהל התאגיד / שם התאגיד

אחראי על קבלת אדם לעבודה ב / שם המשרד הממשלתי / שם הרשות המקומית

מאשר כי תעודה זו ניתנה על ידי בענין העסקתו במוסד של :

שם פרטי / שם משפחה / תעודת זהות

אני מצהיר כי המוסד האמור הוא מוסד כהגדרתו בחוק.

תאריך / / חתימת מנהל המוסד/התאגיד

<sup>2</sup> נא ציין את סוג המוסד מתוך הרשימה שלהלן:  
 בית ספר שלומדים בו קטינים, מוסד חינוכי ששוהים בו קטינים, מעונות לקטינים, מעונות יום ומשפחתונים לקטינים, מרכזי תרבות נוער וספורט, מכוני כושר ומועדוני ספורט שבהם מתאמנים בין השאר קטינים, גן ילדים, גן חיות, גן שעשועים, תנועת נוער, עסק להעסקה העוסק בין השאר בהסעת קבוצות קטינים, עסק העוסק בין השאר בארגון טיולים לקטינים או באבטחת קטינים, בריכת שחיה הפתוחה גם לקטינים, קייטנה, פנימיה או מועדון שבהם שוהים קטינים, מרפאות ובתי חולים לילדים, מחלקות ילדים בבתי חולים.  
<sup>3</sup> אם התאגיד רשום על פי חוק.  
<sup>4</sup> נא מלא את האפשרות המתאימה מבין ארבע האפשרויות: מנהל מוסד או מנהל תאגיד או אחראי במשרד ממשלתי או אחראי ברשות מקומית.

### בקשת בגיר לקבל אישור משטרה

לפי חוק למניעת העסקה של עברייני מין במוסדות מסויימים, התשס"א 2001 - (להלן - החוק)

1. אני הח"מ \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_  
שם משפחה \_\_\_\_\_ תעודת זהות \_\_\_\_\_  
תאריך לידה \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

מבקש כי ינתן לי אישור משטרה לכך שאין מניעה לפי החוק להעסקתי במוסד המצויין בטופס 2 המצורף.

2. אני מייפה את כוחו של \_\_\_\_\_ איל \_\_\_\_\_  
שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ בן נעים \_\_\_\_\_ מס' זהות \_\_\_\_\_

להגיש בקשה זו בשמי.

מצ"ב:

1. תעודת מוסד – טופס 2
2. צילום תעודת זהות של הבגיר

\_\_\_\_\_  
חתימה

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
תאריך