



נספח א'

לכבוד טרייל-אין פארמה בע"מ ["החברה"]

טופס הסכמה מדעת וכתב ויתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה :

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	שם האב
רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד
		טלפון	

מסכים, מרצוני החופשי ובאופן מודע, להעביר לידי החברה ו/או כל מי שפועל מטעמו או בשליחותו כל מידע רלוונטי הדרוש לשם מתן השירותים כפי המפורטים בהסכם שנחתם ביני לבין החברה ביום [_____].

בחתימתי מטה אני משחרר את החברה ו/או את עובדיה ו/או קבלני המשנה או היועצים הפועלים מטעמה ו/או את כל מי שפועל מטעמה או בשליחותה (להלן "המבקשים") מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי, ההיסטוריה הרפואית שלי ו/או מחלוטיי ומוותר על סודיות זו כלפי המבקשים, ולא תהיה לי כלפי המבקשים כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לני"ל, לרבות טענות מכוח חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.

ידוע לי כי מסירת פרטיי כפופה להסכמתי ואינה נדרשת מכוח חובה חוקית. אני נותן בזאת מראש את הסכמתי למתן השירותים על ידי החברה, להתייעצויות ולשיחות שתקיים החברה (או מי מטעמה) עם גורמים שונים שקשורים, במישרין או בעקיפין, במתן השירותים עבורי.

ידוע לי שהמידע ישמר במאגרי המידע של החברה. אני נותן בזה רשות למבקשים למסור לגורמים רפואיים בישראל ו/או מחוצה לה ו/או לכל אדם או גורם שיהיה קשור במישרין או בעקיפין במתן השירותים עבורי (לרבות קבלני משנה, יועצים ועובדים של החברה) כל מידע לגביי, המצוי ברשות החברה, והנני משחרר ופותר את המורשים מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למידע, ולא תהיינה לי אליהם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת המידע כאמור לעיל, לרבות טענות מכח חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1891 ו/או חוק זכויות החולה, התשנ"ו - 1881, לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.

היה ובעתיד תימכר החברה או פעילותה או תעבור מיזוג עם חברה אחרת ("חברה חדשה"), בחתימתי מטה, אני מאשר לחברה מראש להעביר את המידע אודותיי לחברה החדשה על מנת להמשיך בהספקת השירותים לפי הסכם זה.

כמו כן, אני נותן בזה רשות לכל רופא ו/או עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או למרכז לבריאות הנפש וכן לקופות החולים (להלן: "נותני השירותים"), למסור לחברה ו/או למי מטעמה כל המידע על מצבי הבריאותי ללא יוצא מהכלל, המצוי ברשותם, בין בכתב ובין בעל-פה, ובאופן שתדרוש החברה (או מי מטעמה), והנני משחרר את נותני השירותים מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או מחלתי הנ"ל ומוותר על סודיות זו לטובת החברה ולא תהיינה לי אליהם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לאמור בכתב ויתור סודיות זה. בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א 1891-, והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות והאנשים המנויים על נותני השירותים שפורטו לעיל.

בכבוד רב,

תאריך: _____

חתימה: _____

TRIAL•IN Pharma Ltd.

P.O.B. 747 Modiin-Macabim-Reut 7179902 ISRAEL

Tel. 072-3902977 E-mail: contact@trial-in.com website: www.trial-in.com

TRIAL•IN Pharma Ltd.

P.O.B. 747 Modiin-Macabim-Reut 7179902 ISRAEL

Tel. 072-3902977 E-mail: contact@trial-in.com website: www.trial-in.co.il