

בין

הסתדרות מדיצינית הדסה (חל"צ), ח"פ 520008095

מקרית הדסה, ת"ד 12000, ירושלים, 91120

(להלן: "הדסה")

ל בין

Life Tree Marketing בע"מ ח"פ 514345826

מרח' הנחושת 4 תל אביב

דואל [tanya@mashmed.com](mailto:tanya@mashmed.com)

באמצעות נציגה המוסמך: טניה פרמינגר

(להלן: "הסוכן")

**הואיל** והדסה מפעילה בירושלים בתי חולים אוניברסיטאיים המספקים שירותים רפואיים במגוון תחומים רחב; **והואיל** והסוכן עוסק בתיווך בין מטופלים שאינם תושבי מדינת ישראל, לבין ספקי ייעוץ רפואי ושירותים רפואיים כהגדרתם להלן ובמתן שירותים נלווים לרבות ליווי במהלך השהייה בישראל, תיאום לוגיסטי מול כלל הגורמים הרלוונטיים להגעה לקבלת שירות רפואי בהדסה, במהלך קבלת השירות הרפואי ולאחריו, טיסות, לינה וכדומה;

**והואיל** והדסה מספקת שירותים רפואיים לתיירים (כהגדרתם להלן) בישראל והסוכן מעוניין להפנות תיירים לקבלת שירותים רפואיים בהדסה והדסה מסכימה לכך בכפוף לקיום כל התחייבויותיו של הסוכן ובתנאים הקבועים בהסכם זה להלן.

**לפיכך הוסכם, הוצהר והותנה בין הצדדים כדלקמן:**

## 1. כללי:

1.1. המבוא להסכם זה ונספחיו מהווים חלק בלתי נפרד הימנו.

1.2. כותרות הסעיפים נועדו לנוחות הקריאה בלבד ולא ישמשו לפרשנות ההסכם.

1.3. בהסכם זה יהיה למונחים הבאים הפרוש שלצדם:

"שירותים רפואיים" משמעם אחד או יותר של השירותים הרפואיים או הפרא-רפואיים, לרבות ייעוץ, הערכה, בדיקה, ניתוח, טיפול רפואי, אשפוז, טיפול שיקומי, וכל שירות רפואי נוסף המבוצע על-ידי הדסה.

"שירותי סוכן": שירותים אדמיניסטרטיביים ולוגיסטיים לתיירים, בכל הנוגע והכרוך בקבלת השירותים הרפואיים בהדסה, לרבות ליווי התייר בכל משך שהייתו במתקני הדסה, סידורים לוגיסטיים מחוץ להדסה (טיפול בקבלת אשרה, טיסות, שינוע, סידורי לינה וכד') וכן שירותים הקשורים להתנהלות מול הדסה (תיאום תורים, ליווי המטופל, תרגום רפואי, טיפול ביציאת התייר ממתקני הדסה בתום מתן השירותים הרפואיים וכד') ושאר שירותים שידרשו התיירים.

"תייר/ים" או "מטופל/ים": מטופלים שאינם תושבי ישראל, המתגוררים במדינה זרה והופנו על ידי הסוכן לקבלת שירות רפואי בהדסה (ואינם שוהים בישראל מסיבות אחרות כגון עבודה, לימודים) והתעריף שנגבה בגין השירותים שקיבלו הינו תעריף תייר ולא תעריף ישראלי ואשר שוייכו לסוכן במערכות הדסה, בהתאם להוראות הסכם זה.

"שיוך לסוכן": תייר הנרשם במערכות הממוחשבות של הדסה כמי שהופנה להדסה ע"י הסוכן והכל בהתאם לנהלי הדסה אשר בנספח ג'.

## 2. מהות ההסכם :

- 2.1. הסכם זה מטרתו להסדיר את פעילותו של הסוכן בהפניית תיירים פוטנציאליים המעוניינים בקבלת שירותים רפואיים להדסה ובמתן שירותי סוכן על ידו לתיירים, וכן להסדיר את חובות וזכויות הצדדים בכל הקשור לפעילות האמורה.
- 2.2. למען הסר ספק, השירותים הרפואיים יוענקו לתיירים ע"י צוות הדסה בהתאם לסטנדרטים הרפואיים ו/או תנאי האשפוז המקובלים בהדסה וזאת על בסיס תעריפי שירותים רפואיים לתיירים אשר ייקבעו ע"י הדסה. שירותי אדמיניסטרציה יינתנו על ידי הסוכן לתיירים, על פי הסכמה בין הסוכן לתיירים, ברמה ובאיכות הגבוהים ביותר, ועל אחריותו של הסוכן בלבד.

## 3. תקופת ההסכם

- 3.1. תקופת ההסכם הינה ממועד חתימתו על-ידי שני הצדדים ועד ליום 31.12.2025 (להלן: "תקופת ההסכם").
- 3.2. בתום תקופת ההסכם יוארך ההסכם באופן אוטומטי לשנה נוספת בכל פעם אלא אם כן יודיע צד אחד להסכם בכתב לצד האחר שלושים יום מראש לפחות כי אין ברצונו להאריך את תקופת ההסכם בתקופה נוספת. מובהר כי ההסכם לא יוארך באופן אוטומטי זה מעבר לתאריך 31.12.2029.
- 3.3. על אף האמור לעיל –
  - 3.3.1. בשנה הראשונה שבה קיימת התקשרות בין הצדדים בנוגע להפניית תיירים לקבלת שירותים רפואיים בהדסה, יהיה רשאי כל צד להודיע על ביטול ההסכם בהודעה בכתב בתוקף מיידי, מבלי שלמשנהו תהא תביעה או טענה בגין סיום ההסכם.
  - 3.3.2. החל מחלוף התקופה האמורה בסעיף 3.3.1, יהיה רשאי כל צד להודיע על ביטול ההסכם בהודעה בכתב של 60 יום מראש לפחות, מבלי שלמשנהו תהא תביעה או טענה בגין סיום ההסכם.
  - 3.3.3. מוסכם בזה כי על אף כל הוראה אחרת בהסכם זה, תהא הדסה רשאית לבטל את ההסכם לאלתר בכל אחד מהאירועים הבאים:
    - 3.3.3.1. הסוכן, או כל אחד מבעליו, נושאי משרה, דירקטורים, עובדים, חברות בנות, חברות קשורות, סוכנים, נעברים או כל גורם אחר הפועל מטעמו של הסוכן, לפי שיקול דעתה הסביר של הדסה, הפרו או גרמו לאדם כלשהו להפר סנקציות, או חשפו אדם כלשהו לסיכון של אמצעים שליליים בהתאם לסנקציות כלשהן, בקשר להסכם;
    - 3.3.3.2. הסוכן או מי מבעליו או מנעבריו הופך להיות מושא לסנקציות; ו/או
    - 3.3.3.3. דיני הסנקציות אוסרים על כל עסקה/ות על פי ההסכם ו/או על הסוכן להיות צד לעסקה כאמור, או היות כל עסקה כאמור חושפת צד כלשהו לסיכון להפוך למושא לסנקציות.
    - 3.3.3.4. במקרה של ביטול ההסכם לפי סעיף 3.3.3 זה, תשחרר הדסה מכל חבות ו/או התחייבות מכל סוג שהוא על פי ההסכם, והדסה לא תהיה אחראית ו/או חבה לכל תביעה, הפסד ו/או נזק הנובעים מביטול ההסכם.

3.3.4. לעניין הסכם זה, המונח "סנקציות" פירושו: כל דין של סנקציות כלכליות, לרבות חוקים, תקנות, אמברגו ו/או צעדים מגבילים אדמיניסטרטיביים, כפי שמוטלים ו/או מחוקקים מעת לעת, על ידי (א) מועצת הביטחון של האומות המאוחדות – the United Nations Security Council; (ב) ארצות הברית של אמריקה – the United States of America; (ג) בריטניה (הממלכה המאוחדת) – the United Kingdom; (ד) קנדה – Canada; (ה) האיחוד האירופי – the European Union ו/או כל אחת מהמדינות החברות בו; ו/או (ו) בהתאמה, המוסדות, הרשויות ו/או הסוכנויות של כל אחד מהנזכרים לעיל ו/או של כל תחום שיפוט שרלבנטי להסכם זה, לרבות, מבלי לגרוע מכלליות האמור לעיל, המשרד לניהול נכסים זרים של משרד האוצר

האמריקאי – the Office of Foreign Assets Control of the US Department of the Treasury (OFAC),  
משרד החוץ האמריקאי – the US Department of State ו/או המשרד ליישום הסנקציות הפיננסיות במסגרת  
משרד האוצר של הוד מלכותו – the Office of Financial Sanctions Implementation, part of His  
Majesty's Treasury (OFSI).

3.4. סיום ההסכם מכל סיבה שהיא קודם לתום תקופת ההסכם לא יפטור את הצדדים ממילוי המחויבויות שנטלו על עצמם לפני מועד הסיום, למעט כנזכר בסעיף 3.3.3 לעיל.

#### 4. התחייבויות הדסה

בכפוף לקיום מלוא התחייבויות הסוכן, מצהירה ומתחייבת הדסה:

4.1. כי הינה בעלת הידע, הניסיון המקצועי, המשאבים הנדרשים לאספקת השירותים הרפואיים וכי אין מניעה להתקשרותה על פי הסכם זה.

#### 5. התחייבות הסוכן

הסוכן מצהיר ומתחייב בזה:

5.1. כי הוא מוסמך ורשאי להתקשר בהסכם זה וכי לא קיימת כל מגבלה על פי הסכם או על פי כל דין להתקשרותו על פי הסכם זה ו/או לביצועו במלואו.

5.2. כי הנו בעל הידע, הניסיון המקצועי, היכולת האדמיניסטרטיבית והאמצעים הכלכליים, הנדרשים לשם ביצוע מלוא התחייבויותיו שבהסכם זה.

5.3. כי הוא בלבד אחראי לכל התחייבויותיו ע"פ הסכם זה, לרבות כל שירותי הסוכן כהגדרתם לעיל.

5.4. להפנות תיירים להדסה בהתאם להנחיות הדסה ונהליה כפי שיועברו לסוכן מעת לעת.

5.5. לשמש לאורך כל תקופת ההסכם, או תקופת מתן השירותים הרפואיים לתייר, לפי המאוחר, כנציג התייר וכאיש קשר בין התייר לבין הדסה, להיות זמין לתייר וללוותו בעת הצורך, לרבות מתן שירותי הסוכן לתייר.

5.6. לדאוג לכל המסמכים והאשרות להם זקוק התייר לצורך כניסה או שהות בישראל.

5.7. כי עובר למועד חתימת הסכם זה, ובכל עת במהלך תקופת הסכם זה, אין ולא יהיו לו ו/או לכל מי מטעמו, כל ניגודי אינטרסים, מכל סוג שהוא, בקשר עם התחייבויותיו על פי הסכם זה ובקשר עם הפניית התיירים להדסה.

5.8. הסוכן אינו רשאי להציג את עצמו כפועל מטעם הדסה ולא יתחייב בשם הדסה בכל אופן שהוא, לא יציג מצג כלשהו בשם הדסה מבלי שקיבל לכך את אישורה של הדסה מראש ובכתב, ולא יציג עצמו בפני צד ג' כלשהו כמוסמך להתחייב בשם הדסה.

5.9. לשמור בסודיות מלאה כל מידע רפואי או אחר הקשור לתייר ולשמור על צנעת הפרט של התייר.

5.10. הסוכן מתחייב כי קיבל כתב ויתור סודיות לטובתו מהתייר (או אפוטרופסו, לפי העניין) ואת אישורו לפעול בשמו ויעביר העתק מכתב ויתור הסודיות החתום בנוסח המצ"ב **כנספח ב'** להדסה לפני תחילת קבלת השירותים הרפואיים ע"י התייר. הסוכן ימסור להדסה, על פי דרישתה, כל מסמך נוסף שנדרש לצורך התנהלותה למולו בקשר עם עניני התייר.

5.11. הסוכן מתחייב לפעול על פי כל דין, לרבות חוק תיירות מרפא, התשע"ח-2018, ובכלל זה מצהיר כי הוא רשום במרשם סוכני תיירות מרפא במשרד הבריאות (להלן: **"המרשם"**) וכי ידוע לו שרישום זה מהווה תנאי יסודי להתקשרות הדסה עמו ובהעדרו תהיה הדסה רשאית לסיים אותה ללא הודעה מוקדמת, על אף האמור בסעיף 3 לעיל. הסוכן יצרף להסכם זה העתק מתעודת הרישום במרשם, ישוב ויציג בפני הדסה תעודה עדכנית מיד עם פקיעת תוקף התעודה הנוכחית, ויודיע להדסה מיד עם ביטול/שלילת/הפסקת רישומו במרשם, מכל סיבה שהיא. כמו-כן, ומבלי לגרוע מהאמור, מתחייב הסוכן לא להתקשר בכל צורה שהיא בקשר עם הסכם זה עם כל גורם המצוי ברשימת סנקציות, או לפעול או להימנע מפעולה באופן המפר סנקציות או החושף את הדסה לסיכון סנקציות.

## 6. הפניית התיירים לבחינת קבלת שירותים רפואיים בהדסה:

- 6.1 כל הפנייה של תייר להדסה ע"י הסוכן, תתואם מראש עם הגורם המוסמך שנקבע ע"י הדסה [להלן: "נציג הדסה"]. הסוכן יצרף להפנייה צילום דרכון, כתב ויתור סודיות לטובתו בחתימת התייר (או אפוטרופוס, לפי העניין), ותיעוד רפואי מלא מכל סוג הכולל בין היתר סיכום תמציתי על מצבו הרפואי של התייר ומטרת הפנייתו להדסה, רקע רפואי קודם וכל תיעוד אחר הרלוונטי לשירות הרפואי, מתורגמים לאנגלית או לעברית [להלן: "התיעוד הרפואי"]. הסוכן לא יפנה להדסה אזרח או אדם שמקום מגוריו הרגיל נמצא בכל מדינה או טריטוריה אשר מהווה מטרה לסנקציות גורפות על-ידי מדינת ישראל ו/או ארצות הברית, לרבות, נכון למועד החתימה על הסכם זה, בנוגע לארצות הברית, המדינות קובה, איראן, צפון קוריאה וסוריה, והאזורים קרים, דוניצק ולוהנסק באוקראינה.
- 6.2 לאחר קבלת המסמכים כאמור בסעיף 6.1 לעיל, תודיע הדסה לסוכן האם היא מוכנה לקבל את התייר לקבלת שירותים רפואיים בהדסה וככל שכן, תצרף להודעתה הצעת מחיר ראשונית עבור התייר אשר תכלול את סוג השירות הרפואי המוצע ועלותו [להלן: "ההצעה"]. הסוכן מתחייב להעביר את ההצעה במלואה לתייר.
- 6.3 מובהר כי במקרים בהם יבקש הסוכן לגבות מהתייר תשלום נוסף עבור שירותי הסוכן, הדבר יוצג במסמך נפרד ללא כל אזכור להדסה באופן ישיר או עקיף. מובהר כי התשלום הנוסף עבור שירותי הסוכן יידרש במסמך נפרד מהתשלום עבור השירות הרפואי.
- 6.4 למען הסר ספק מובהר כי הדסה אינה מחויבת להסכים להעניק שירות רפואי לכל תייר שהופנה ע"י הסוכן; הסכמה לקבלת תייר לקבלת שירות רפואי נתונה לשיקול דעתה הבלעדי של הדסה.
- 6.5 הסוכן יודיע להדסה אם התייר מקבל את ההצעה ויתאם עם נציג הדסה את מועד הגעת התייר ואת שאר הפרטים הדרושים. מובהר כי ההצעה הינה הערכה בלבד המבוססת על התיעוד הרפואי שנמסר על-ידי הסוכן והיא עשויה להשתנות בהמשך מסיבות שונות, כגון התפתחויות במצבו הרפואי של התייר לפני או תוך כדי אשפוזו. כן מובהר כי הדסה רשאית לשנות את מועד השירות הרפואי בהודעה לסוכן לפחות 5 ימי עבודה מראש.
- 6.6 במקרה בו התייר אינו בעל כשרות משפטית, הסוכן יספק להדסה עותק רשמי של מינוי אפוטרופוס תקף עבורו, בכפוף לחוקים הקיימים במדינת המגורים של התייר, מתורגם לעברית או לאנגלית ומאומת על ידי נוטריון ואפוסטיל, זאת למעט תיירים מתחת לגיל הכשרות המשפטית המסתייעים בהוריהם ואשר לא מונה להם אפוטרופוס אחר.
- 6.7 מבלי לגרוע מהאמור בסעיף 6.6 לעיל, במקרה בו התייר הנו קטין (מתחת לגיל 18) או אם לתייר מונה אפוטרופוס, על הסוכן לדאוג לכך שהאפוטרופוס ילווה את התייר ויהיה זמין עבורו ועבור רופאי הדסה במלוא תקופת מתן השירותים הרפואיים. אם לא מונה אפוטרופוס לתייר הזקוק לכך, על הסוכן לוודא שימונה אפוטרופוס לתייר לפני מועד קבלתו לקבלת שירות רפואי בהדסה.
- 6.8 הסוכן מתחייב לעדכן את התייר ו/או אפוטרופוסו על הליך הקבלה של הדסה בהתאם לכל דין, לרבות בכל הנוגע לטפסי "הסכמה מדעת" שיתכן והתייר יידרש לחתום עליהם, וכן ילווה אותם בכל ההליכים האדמיניסטרטיביים והבירוקרטיים הקשורים במתן השירותים הרפואיים.
- 6.9 הסוכן מתחייב לעדכן את נציג הדסה (או מי שייקבע על-ידו) בכל מידע הרלוונטי למתן שירות רפואי לתייר.

6.10 הסוכן אחראי לפנות את התייר ממתקני הדסה עם סיום מתן השירות הרפואי. במקרה שהתייר אינו עוזב את הדסה תוך זמן סביר, הדסה תהיה רשאית, אך לא מחויבת, להעביר את התייר לכל יעד מתאים, ובאחריות הסוכן לגבות מהתייר את מלוא התשלום עבור כל ההוצאות הכרוכות באמור.

6.11 במקרה של מות התייר במהלך שהייתו בהדסה, הסוכן יהיה אחראי להעברת הגופה או לקבורתה. במקרה שהסוכן לא יעשה זאת תוך פרק זמן סביר, תהיה רשאית הדסה להעביר את הגופה או לקבורתה. מובהר כי הסוכן מתחייב להחזיר להדסה את ההוצאות המפורטות בסעיפים 6.10-6.11 והדסה רשאית לקזז מכל תשלום שהיא חבה לסוכן את ההוצאות הללו.

## **7. שימוש בשם הדסה**

7.1 הסוכן מתחייב כי לא יעשה שימוש בשם הדסה או בלוגו של הדסה בכל צורה שהיא לרבות בשם "הסתדרות מדיצינית הדסה" ו/או "בית-החולים הדסה" ו/או "מרכז רפואי הדסה" ו/או כל צורה אחרת ו/או בסימני המסחר של הדסה וכי לא יציג את עצמו כנציגה ו/או שלוחה ו/או סוכנה של הדסה, בכל דרך שהיא, ולכל צורך שהוא, בכל שפה שהיא, אלא באישור מראש ובכתב של נציגיה המוסמכים של הדסה ובהתאם לתנאים ולפרטים שיכללו באישור כאמור. בנוסף, כל פרסום העושה שימוש באיזה מהפרטים הנזכרים לעיל יהא מותנה באישור מראש ובכתב של הדסה.

7.2 מיד עם דרישת הדסה יפסיק הסוכן באופן מידי כל שימוש בשמה של הדסה.

7.3 למען הסר ספק, לסוכן אין ולא יהיו לו כל זכויות בשם הדסה, בשירותים הרפואיים, או במוניטין הקשור בהם, או זכויות קניין רוחני מכל סוג שהוא הקשורים ו/או גלומים בהם.

## **8. תשלומים**

- 8.1 תנאי לקבלת התייר לקבלת שירותים רפואיים בהדסה הינו תשלום מראש ישירות להדסה של מלוא עלות השירותים הרפואיים ע"פ ההצעה האחרונה שהעבירה הדסה לסוכן.
- 8.2 הסוכן מתחייב לקבל מהתייר, טרם תחילת מתן השירותים הרפואיים, ערבות מתאימה לכיסוי כל עלות נוספת שעשויה להידרש בקשר איתם בהתאם להוראות הדסה.
- 8.3 במקרה שמצבו הרפואי של התייר יחייב, לפי שיקול דעתם הבלעדי של רופאי הדסה, שירות רפואי נוסף, המוגדר דחוף / הכרחי והקשור לסיבת ההפניה המקורית, תודיע הדסה על כך לתייר ו/או למלוויו ויבקשו אישור על כך. הסוכן מתחייב לסייע ולפעול במירב המאמצים לגביית התשלום עבור זאת במידה ויהיה צורך בכך.
- 8.4 כל שירות רפואי נוסף שאינו מוגדר דחוף/הכרחי יתואם עם הסוכן ויסופק לתייר רק לאחר אישורו.
- 8.5 תמורת ביצוע מלוא התחייבויות הסוכן לפי הסכם זה, בתנאי שהדסה קיבלה את מלוא התמורה מהתייר ולאחר השלמת מתן השירותים הרפואיים, יהיה הסוכן זכאי לעמלה מהדסה ע"פ המפורט בנספח א'.
- 8.6 מובהר כי במידה ובוטל ו/או לא כובד תשלום בגין השירותים הרפואיים יחזיר הסוכן את העמלה שקיבל בגין התשלום שבוטל. הדסה רשאית לקזז את החזר מכל תשלום המגיע לסוכן.
- 8.7 מובהר כי התמורה הנקובה בנספח א' מהווה מלוא התמורה שתשלם הדסה לסוכן עבור ביצוע כל התחייבויותיו שבהסכם זה, והדסה לא תחויב בכל תשלום נוסף מכל סוג ובכלל זה כל עלות או הוצאה שנשא בהן הסוכן.

## **9. אי קיום יחסי עובד – מעסיק**

- 9.1 לא יתקיימו כל יחסי עובד-מעסיק בין הדסה ו/או מי מטעמה לבין הסוכן ו/או מי מטעמו, ויחסי הצדדים הינם של מזמין ונותן שירותים בלבד.
- 9.2 הסוכן הוא האחראי הבלעדי כלפי העובדים המועסקים על-ידו ו/או כלפי כל גורם העוסק במתן וביצוע השירותים על-פי הסכם זה מטעמו ו/או עובדיהם בגין כל אחריות, חובה או חבות שמעסיק חב או עשוי לחוב בהם.

9.3 היה והדסה תיזדרש או תחויב לשלם לסוכן ו/או מי מטעמו כמפורט בסעיף 9.2 לעיל, סכום כלשהו או להעניק לו זכות כלשהי הנובעת מטענה לקיום יחסי עובד-מעביד או קביעה כי אלו התקיימו, ישפה הסוכן את הדסה על כל הוצאה שתהיה לה בקשר עם דרישה ו/או חיוב כאמור, עם דרישתה הראשונה.

## **10. הפרה ותרופות**

מבלי לפגוע בזכויות הצדדים הקבועות בהסכם זה או עפ"י כל דין ומבלי לגרוע מכל תרופה נוספת, הדסה תהיה רשאית לבטל הסכם זה ללא הודעה מוקדמת, במקרה בו הפר הסוכן איזו מהתחייבויותיו לפי הסכם זה ולא תיקן את הליקוי בתוך שבעה (7) ימי עבודה ממועד הודעת הדסה על כך.

## **11. אחריות**

11.1 הסוכן אחראי לשירותי הסוכן, לרבות למען הסר ספק, כל השירותים אשר יינתנו על ידו לתיירים ולכל מעשה או מחדל שלו ו/או של מי מטעמו ו/או הקשור להתחייבויותיו ע"פ ההסכם ולכל נזק ו/או אובדן מכל סוג שהוא שייגרמו להדסה ו/או למי מטעמה ו/או לתיירים ו/או לכל צד שלישי ו/או לארגון Hadassah, The Women's Zionist Organization of America, Inc. (להלן: "ארגון נשות הדסה") כתוצאה ממתן שירותי הסוכן או בקשר אליהם ו/או בגין כל מעשה ו/או מחדל רשלני ו/או מכוון של הסוכן, עובדיו וכל מי מטעמו. הדסה לא תישא באחריות כלשהי לכל נזק שהסוכן אחראי לו כאמור לעיל.

11.2 בכל מקרה של תביעה ו/או דרישה נגד הדסה ו/או מי מטעמה, בגין נזק או אובדן כאמור בסעיף 11 זה לעיל, הסוכן ישפה את הדסה על כל סכום שתחויב הדסה לשלם ע"י בית משפט ו/או בפשרה בשל או בקשר לנזק ו/או פגיעה ו/או אובדן כאמור, וישפה את הדסה על הוצאותיה בגין ההליך המשפטי.

11.3 בנוסף לאמור לעיל, הסוכן יפצה וישפה את הדסה ומי מהגופים הקשורים אליה לרבות ארגון נשות הדסה, בגין כל תביעה, הפסד, נזק, חבות, הוצאה ועלות מכול סוג שהוא, לרבות שכר טרחת עו"ד והוצאות, הנובעים מאי-עמידה של הסוכן, לרבות מנהליו, נושאי המשרה, דירקטורים, עובדיו, סוכניו, קבלניו וחברות קשורות, בחוקי סנקציות כלשהם בקשר עם הסכם זה.

## **12. שונות**

12.1 הסוכן מתחייב לשמור בסוד ולא להזכיר, להודיע, למסור או להביא לידיעת כל אדם ידיעה שתגיע אליו בקשר לבצוע ההסכם, לרבות סודות מקצועיים ומסחריים של הדסה ו/או מידע רפואי בנוגע למטופלי הדסה ולהימנע מלגלותם, למסרם ולהביאם לידיעת אחרים. עם חתימת הסכם זה, יחתום הסוכן על התחייבות לשמירת סודיות בנוסח המצורף להסכם זה כנספח ד'.

12.2 הסכם זה יהיה כפוף ויפורש ע"פ חוקי מדינת ישראל. סמכות השיפוט הייחודית בכל מקרה של סכסוך או חילוקי דעות שיתגלעו בין הצדדים בקשר עם הסכם זה או כל עניין הנובע ממנו תהא של בית המשפט המוסמך בירושלים בלבד.

12.3 הצדדים לא יהיו רשאים להסב ו/או להמחות ו/או להעביר בכל דרך אחרת, במישרין או בעקיפין את זכויותיהם או את חובותיהם על פי הסכם זה לכל אדם או גוף אחר.

12.4 כל שינוי בהרכב בעלות הסוכן מחייב הודעה בכתב להדסה בתוך 10 ימי עבודה. במידה ולא התקבלה הודעה בכתב כאמור בתוך 10 ימי עבודה יחשב הדבר הפרה יסודית של ההסכם ולסוכן לא תהיינה כל תביעות או טענות בקשר לביטול ההסכם כתוצאה מכך.

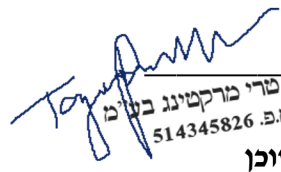
- 12.5 לא יהיה תוקף לכל התחייבות, מצג, הבטחה, ויתור, ארכה, שינוי או תוספת להסכם ו/או בקשר אליו, אלא אם וככל שיעשו בכתב ובחתימת הנציגים המוסמכים של הצדדים להסכם זה.
- 12.6 הימנעות צד להסכם לאכוף זכות מזכויותיו עפ"י ההסכם ו/או עפ"י כל דין, לא תחשב לויתור מצדו ולא תימנע הימנו לעשותן בעתיד.
- 12.7 ההסכם על נספחיו מהווה את כלל ההסכמות בין הצדדים והם מבטלים כל הסכמה, חוזה, סיכום דיון או זיכרון דברים שנעשה בין הצדדים, בכתב או בעל פה בעניין נושא הסכם זה.
- 12.8 הודעות. כל הודעה שתישלח ע"י אחד הצדדים למשנהו לכתובות שלהלן תחשב כאילו הגיעה לתעודתה בתום 72 שעות מעת המסירה למשלוח בדואר רשום; ואם נמסרה ביד - עם המסירה בפועל. אין בכך כדי לגרוע מדרכי המצאה אחרות.
- כתובת הצדדים לצרכי הסכם זה הן כדלקמן:
- הדסה** - קריית הדסה, ת"ד 12000, ירושלים, 91120

**הסוכן** Life Tree Marketing/Israeli Hospitals Ltd  
**כתובת** הנחושת 4, תל אביב  
**טלפון** 054-6309273  
**אימייל** tanya@mashmed.com

- כל הודעה שיש להמציא להדסה תשלח בשני עותקים:
- מחלקת תיירות רפואית
  - למנהל אגף כלכלה

ולראיה באו על החתום בתאריך הנקוב במבוא להסכם זה

\_\_\_\_\_  
**הסתדרות מדיצינית הדסה**

  
 לייד מררי מורקטינג בע"מ  
 ח.פ. 514345826  
**הסוכן**

אישור עו"ד: עמנואל עזיאל, עו"ד, שמשרדי ב- הנחושת 4, תל אביב מאשר/ת בזאת כי החותמים בשם הסוכן, אשר אני הח"מ עמנואל עזיאל, עו"ד, שמשרדי ב- הנחושת 4, תל אביב מאשר/ת בזאת כי החותמים בשם הסוכן, אשר זיהיתים לפי ת.ז. מס' 014480099 ו/או המוכרים לי אישית, חתמו בפניי והם מוסמכים לחתום בשם הסוכן. כמו כן, אני מאשר בזאת כי הסוכן פעיל ורשאי לפי מסמכי היסוד שלו להתקשר בהסכם זה.

תאריך: 23/1/2025

חתימה: \_\_\_\_\_, עו"ד

חותמת: \_\_\_\_\_

## נספח א – תמורה ועמלות

בכפוף למילוי מלא וראוי של התחייבויות הסוכן המפורטות בהסכם, ותשלום מלא עבור השירותים הרפואיים שניתן לתיירים(אשר בקשר עמו/ם נעשה שיוך סוכן), תשלם הדסה לסוכן עמלות כדלקמן:

תקבול מתיירים להדסה בש"ח בשנה קלנדרית	עמלת הסוכן ב - % (כל מדרגה בנפרד)
עד 1 מיליון ₪ בשנה	13%
מעל 1 מיליון ₪ עד 2 מיליון ₪ בשנה	13.5% (רק על החלק שבין 1 ל 2 מיליון)
מעל 2 מיליון ₪ עד 3 מיליון ₪ בשנה	14.5% (רק על החלק שבין 2 ל 3 מיליון)
מעל 3 מיליון ₪ עד 5 מיליון ₪ בשנה	16% (רק על החלק שבין 3-5 מיליון)
מעל 5 מיליון ₪	17% (רק על החלק שמעל 5 מיליון)

מובהר כי העמלה תשולם עבור כל מדרגה בנפרד.

בטרם יפנה הסוכן תייר המחזיק דרכון קפריסאי להדסה, על הסוכן להציג את המקרה להדסה לפני מתן הודעה כל שהיא למטופל או למי מטעמו. הדסה תבחן כל מקרה ותודיע לסוכן האם קיימת מגבלה מנהלית או אחרת בקבלת התייר.

ככל שיבקש הסוכן מהדסה הנחה על מחיר השירות הרפואי והדסה תסכים למתן ההנחה, התשלום שיוותר בידי הדסה עבור הטפול, לאחר ניכוי עמלת הסוכן בתוספת מע"מ, לא יפחת בשום מקרה מ-75% מהמחיר המלא. מובהר כי מתן הנחות ייעשה לפי שיקול דעתה הבלעדי של הדסה ובשיעור שייקבע על-ידה.

**לדוגמא:** מחיר השירות הרפואי הינו 10000 ₪, עמלת הסוכן הינה 12%. הסוכן ביקש וקיבל הנחה של 20% מהמחיר המלא, כך שמחיר השירות הרפואי הוא 8000 ₪. במקרה כזה עמלת הסוכן בגין שירות רפואי זה תהיה 500 ₪ כולל מע"מ (כלומר, בעקבות ההנחה יקבל הסוכן עמלה בשיעור 5.33% בתוספת מע"מ במקום עמלה בשיעור 12% בתוספת מע"מ שהייתה ניתנת אלמלא ההנחה).

1. העמלה הינה עבור התקבולים שהתקבלו בהדסה בפועל בגין שירותים רפואיים שניתנו בפועל לתייר. למען הסר ספק, הסוכן לא יהיה זכאי לעמלה בגין שירות רפואי, גם אם תמורתו שולמה במלואה, עד אשר יינתן במלואו.
2. העמלה לא תכלול עלות תרופות שיסופקו למטופל ע"י הדסה בנוסף לשירותים הרפואיים ו/או עלות ציוד ו/או עזרים רפואיים הניתנים במסגרת השירותים הרפואיים ו/או עלות שירותים פרא-רפואיים ו/או עלות בדיקות שמבוצעות במעבדות חיצוניות.
3. העמלה הינה בגין תשלומים שהתקבלו בהדסה מתיירים שהסוכן הפנה להדסה מראש בהתאם לכללי שיוך מטופלים שבנספח ג'.
4. מובהר כי במקרה בו שני סוכנים ויותר היפנו את אותו התייר להדסה תשולם העמלה על פי שיקול דעתה הבלעדי והמוחלט של הדסה לאחר בירור המקרה.
5. על העמלה יתווסף מע"מ כחוק.
6. מקום בו השירות הרפואי ממומן על-ידי חברת ביטוח זרה אשר מיוצגת על-ידי גורם מקומי, תקוזז העמלה המשולמת לאותו גורם מקומי (בתוספת מע"מ כדיון) מעמלת הסוכן, באופן זה שחלקה של הדסה לאחר תשלום מלוא העמלות לא יהיה שונה מאשר מצב רגיל ללא מעורבות חברת ביטוח ונציגות מקומית כאמור.
7. הדסה תעביר לסוכן מדי חודש, עד ליום ה-20 בחודש העוקב לחודש השוטף, דוח ובו פירוט העמלות לו הוא זכאי בגין החודש השוטף. הסוכן ימסור להדסה חשבונית לא יאוחר מהיום האחרון של חודש. בכפוף לאמור, העמלות, בהתאם, תשולמנה בתנאי שוטף+40 מתום החודש השוטף בגינו משולמות העמלות; נמסרה חשבונית באיחור – יבוצע התשלום בחודש העוקב לחודש בו נמסרה.



8. במקרים בהם כתוצאה מהתחשבנות ובחינת התקבולים והחיובים יעודכן סכום התקבולים שקיבלה הדסה בגין תיירים המשויכים לסוכן, תעודכן עמלת הסוכן בהתאמה.
9. הסוכן מצהיר כי ידוע לו שעבור שירותים רפואיים בגינם משלם התייר תעריף תושב ישראל לא תשולם לסוכן כל עמלה.

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות

אנו החתומים מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם האב	תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה
מיקוד	עיר	מספר	רחוב

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות רופאים, עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי למסור ל- (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השרותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסייעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות המוסדות הרפואיים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, וכן מכונים פרטיים (הדמיה גנטיקה פתולוגיה ו/או כל מכון אחר) ובתי חולים פרטיים וכן חברות ביטוח וכל גורם אחר אליו אפנה, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים לעיל.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות המוסדות הרפואיים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השרותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו כקשר 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 מוסדות רפואיים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים לעיל. למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור סודיות זה על המוסדות הבאים:

או על המידע המפורט להלן:

**במקרה של קטין:**

1. אפוטרופוס	2. אפוטרופוס	ת.ז.	ת.ז.
תאריך	עד לחתימה <sup>1</sup> (שם + ת.ז.)	חתימת העד	חתימה (במקרה של קטין - האפוטרופוסים)

**ייפוי כח**

הריני מייפה את כוחו של: \_\_\_\_\_ לקבל בשמי את המידע הרפואי המפורט לעיל.

\_\_\_\_\_ X  
חתימה

\_\_\_\_\_ X  
תאריך

<sup>1</sup> רופא, אחות, עו"ד, מקצועות הבריאות ברשיון, רשם מידע רפואי או מינהלן רפואי, מורשה חתימה בבנק או סוכן ביטוח

## Request for Medical Information and Waiver of Confidentiality

We the undersigned: (in case of a minor, indicate their details)

_____	_____	_____	_____
Last name	First name	Passport number & issuing country	Father's name
_____	_____	_____	_____
Street	No.	City/Country	Zip code

Hereby give permission to any medical worker and/or medical institution including physicians, their employees and/or anyone on their behalf and/or any worker in the social and/or nursing field, to deliver to \_\_\_\_\_ (hereinafter: the "Applicants") all of the details held by the following service providers, without exception, and in the way requested by the Applicants, relating to my health and/or social condition and/or my nursing-related and/or rehabilitation-related condition and/or any medical condition I suffered from in the past or suffer from at present.

I hereby exempt all the institutions including the medical institutions and/or any of their physicians and/or any of their employees and/or any of their institutes including general and/or psychiatric and/or rehabilitation hospitals and any of the branches of their institutes, including private institutes (imaging, genetics, pathology and/or any other institute) as well as private hospitals and insurance companies and any other entity I will address, from the duty of confidentiality in everything relating to my health and/or rehabilitative and/or social and/or nursing condition, and hereby give them permission to provide any information from any file opened in my name with the aforementioned service providers.

I hereby waive such confidentiality towards the Applicants, and I will not have any claim or demand of any type whatsoever in connection with the delivery of such information to the Applicants against any of the institutes including the medical institutes and/or any of their physicians and/or employees and/or anyone on their behalf and/or the abovementioned service providers.

This request and waiver is also valid under the Israeli Privacy Protection Law, 5741-1981, and applies to any medical or other information found in the databases of all the institutions, including medical institutes and/or their physicians and/or employees and/or anyone on their behalf and/or the abovementioned service providers.

Notwithstanding the foregoing, this Waiver will not apply to the following institutes: \_\_\_\_\_ or the information specified hereinafter: \_\_\_\_\_.

### In case of a minor:

_____	_____	_____	_____
1. Legal guardian	Passport No.	2. Legal guardian	Passport No.
_____	_____	_____	X _____
Date	Witness to the signature	Witness's signature	Signature (in case of a minor – the guardian/s)

### Authorization

I hereby authorize: \_\_\_\_\_ to receive on my behalf the medical information detailed above.

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
Date Signature

## **Форма запроса медицинской информации и отказа от врачебной тайны**

Я, нижеподписавшийся:

(в случае несовершеннолетнего вписать его данные)

_____	_____	_____	_____
Фамилия	Имя	Удостоверение личности	Имя отца
_____	_____	_____	_____
Улица	Номер	Город	Индекс

настоящим даю разрешение любому медицинскому работнику и/или медицинскому учреждению, включая врачей, их сотрудников и/или любое лицо от их имени, и/или любому работнику социальной и/или сестринской службы передавать \_\_\_\_\_ (далее: «Заявители») все данные, находящиеся в распоряжении поставщиков услуг, которые будут подробно описаны ниже, без исключений и в порядке, запрашиваемом заявителями, о моем здоровье и/или социальном положении и/или моем положении в области ухода и/или реабилитации и/или любой болезни, которая у меня была в прошлом или которой я страдаю в настоящее время.

Настоящим я освобождаю все учреждения, включая медицинские учреждения и/или любого врача из их врачей и/или любого сотрудника из их сотрудников и/или любое учреждение из их учреждений, включая общие и/или психиатрические и/или реабилитационные больницы и любые отделения и филиалы учреждений, а также частные институты (патологии, генетики, визуализации и/или любой другой институт) и частные больницы, а также страховые компании и любые другие стороны, на которые я ссылаюсь, от обязательств сохранять конфиденциальность в отношении здоровья и/или реабилитации и/или социального положения и/или ухода, и тем самым разрешаю им предоставлять любую информацию из любого файла, открытого на мое имя, у вышеуказанных поставщиков услуг.

Я отказываюсь от требования соблюдать врачебную тайну в отношении заявителей и не буду предъявлять какие-либо претензии или иски любого рода каким-либо учреждениям, включая медицинские, и/или их врачам, и/или сотрудникам, и/или кому-либо от их имени и/или поставщикам услуг, указанным ниже, в связи с предоставлением такой информации.

Мое заявление также соответствует Закону о защите частной жизни от 1981 года и распространяется на любую медицинскую или другую информацию, обнаруженную в базах данных всех учреждений, включая медицинские учреждения и/или их врачей, и/или сотрудников, и/или кого-либо от их имени, и/или указанных выше поставщиков услуг.

Несмотря на вышеизложенное, настоящий отказ от врачебной тайны не распространяется на следующие учреждения: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, или на информацию, указанную ниже: \_\_\_\_\_

---

**נספח ג'**  
**הוראות שיוך מטופלים**

על אף האמור בכל מקום אחר בהסכם, התנאים לשיוך מטופל לסוכן ולקבלת עמלה בגינו הינם כדלקמן:

- א. לצורך שיוך המטופל לסוכן, יעביר הסוכן צילום דרכון של המטופל.
- ב. ככל שמדובר בקטין שנכון ליום הפנייה טרם הונפק לו דרכון, הצגת דרכון אפוטרופוס חוקי יהווה המסמך הקובע לצורך שיוך לסוכן וזאת עד להנפקת דרכון לקטין.
- ג. ככל שיבוצע למטופל שיוך שלא באמצעות דרכון (לרבות בנסיבות סעיף ב' לעיל) וסוכן אחר העביר צילום דרכון של המטופל וטען כי המטופל משויך אליו, השיוך יבוצע לסוכן שהעביר את צילום הדרכון בכפוף לברור המקרה על ידי הדסה.
- ד. במצב בו שני סוכנים המציאו דרכון תבחן הדסה את נסיבות המקרה ותחליט לגבי שיוך המטופל. החלטת הדסה תהיה קובעת.
- ה. שיוך של תייר מרפא לסוכן לעניין העמלה ייעשה למשך שנה מהמועד בו ימציא הסוכן צילום דרכון של התייר או ממועד הטיפול האחרון בהדסה לאותו מטופל (בתוך אותה שנה), לפי המאוחר, בכפוף לכך שהתייר לא שויד קודם לסוכן אחר. שיוך חוזר ייעשה בכפוף להצגת צילום דרכון עדכני והוכחה כי נקבע למטופל טיפול קבוע נוסף בהדסה בתוך שנה ממועד בקשת חידוש השיוך. ככל שיבוטל התור הקבוע למטופל לאחר בקשת חידוש השיוך יבוטל השיוך לסוכן בהתאם.
- ו. ככל שמטופל שויד לסוכן אך מסרב לעבוד עם הסוכן תוכל הדסה, מבלי צורך באישור הסוכן, להתנהל ישירות מול המטופל ולבטל את שיוכו של המטופל לסוכן. במקרה של ביטול שיוך כאמור יהא זכאי הסוכן לעמלה כמפורט בנספח א' בהפחתה של 30%.
- ז. להדסה שמורה הזכות לשנות במקרים מיוחדים, לפי שיקול דעתה, את שיוך המטופל, ולסוכן לא תהיינה כל תביעות או טענות בקשר לכך.
- ח. בנוגע לתיירים בעלי דרכון קפריסאי בלבד, על הסוכן להציג את המקרה להדסה לפני מתן הודעה כלשהי לתייר או לבא כוחו. הדסה תבחן כל מקרה ותודיע לסוכן אם קיימת מגבלה מנהלית או אחרת בשיוך המטופל לסוכן.

**נספח ד' - התחייבות לשמירת סודיות**

לכבוד  
הסתדרות מדיצינית הדסה (חל"צ) (להלן: "הדסה")  
קרית הדסה  
ירושלים

א.ג.ג.,

אני הח"מ טניה פרמינגר, ח"פ/ע"מ 514345826 מרח' הנחשת 4, תל אביב  
מאשר/ת בזה כי אני משתתף/ת בפעילות בהדסה (להלן: "הפעילות")

ידוע לי כי במסגרת פעילותי הנ"ל יבוא לידיעתי מידע הנוגע לפעילות של הדסה, מידע לגבי עובדים בה ושל אחרים הקשורים בה, וכן מידע הנוגע לצדדים שלישיים הקשורים עמה, לרבות מידע רפואי רגיש של מטופלי הדסה (להלן - המידע). מובהר כי המונח "המידע" וכל הוראות התחייבות זו לא יחולו ביחס לכל מידע שהינו: (1) מידע שכבר היה ידוע לי במועד קבלתו ו/או מידע המצוי בנחלת הכלל; (2) מידע שהגיע ו/או יגיע לידיעתי מגורמים אחרים ללא הפרת התחייבות לסודיות; (3) מידע שפותח ו/או יפותח באופן עצמאי על ידי ו/או כל מי מטעמי; (4) ידע מקצועי, know-how, מתודולוגיה, רעיונות ושיטות עבודה גנריים שאינם ייחודיים להדסה; (5) מידע אשר גילויו נדרש על פי צו של רשות מוסמכת ו/או הוראות הדין (בכפוף לכך שאמסור להדסה הודעה עם קבלת הדרישה לכך ככל שהדבר אפשרי על-פי דין ואאפשר לה הזדמנות להתנגד לדרישה).

ברור לי שעלי לשמור על סודיות מוחלטת של המידע כדי להגן על זכויות ואינטרסים של הדסה ואחרים. התחייבותי זו מתייחסת בין היתר במפורש ובמיוחד לשמירת הסודיות ולהגנת הפרטיות של המטופלים והעובדים בהדסה וידוע לי כי אני מחוייבת/ת לכך בחוק.

לפיכך אני מתחייבת/ת להשתמש במידע אך ורק לביצוע פעילותי עבור הדסה ורק אם יהיה הדבר הכרחי שאורשה לגלות את המידע לאחרים ואף זאת רק לאחר אישור בכתב מהדסה והחתמת מי שעתידיים לקבל את המידע על טופס סודיות דומה.

בנוסף על האמור בסעיף 3 אני מתחייבת/ת לשמור את המידע בסודיות מוחלטת, לא לגלותו לאיש ולנקוט בכל האמצעים שברשותי כדי למנוע גילוי המידע לאחרים. על אף האמור לעיל מסירת מידע לחברי לפעילות עבור הדסה, ולאחרים בהסכמת הדסה או אם אחוייב לכך בדין, לא תחשב כהפרת התחייבותי זו (בכפוף לאמור בסעיף 2 לעיל).

אני מתחייבת/ת שלא לשמור ברשותי, ושלא להוציא מתחומי הדסה כל מסמך, מקור או העתק שהגיע אלי במסגרת הפעילות אלא אם יהא הדבר הכרחי, והמסמך יוחזר לתחומי הדסה מיד עם ביטול ההכרח.

אני מתחייבת/ת למסור לכם מיד עם דרישתכם הראשונה כל מסמך כנ"ל, בין שיהיה ברשותי ובין שיהיה ברשות צד ג', לו ימסר המידע.

לא אסייע ולא ארשה לכל אדם להשתמש במידע שיובא לידיעתי.

התחייבות זו הינה לצמיתות ותשאר בתוקף גם לאחר סיום פעילותי בהדסה ו/או עבור הדסה.

מבלי לפגוע או לגרוע מכל זכות וסעד העומדים לכם לפי הדין, הפרת התחייבותי זו או כל חלק ממנה, תזכה אתכם בפיצוי מוסכם ומוערך מראש בסך השווה ל- 100,000 ש"ח.

חתימה: לייף מרי מורקמינגר בע"מ  
ח.פ. 514345826

ולראיה באתי על החתום:

תאריך: 23/1/25

עד לחתימה: \_\_\_\_\_