

**אישור מתמחה על תחילת התמחות**

(למילוי ע"י המתמחה בלבד)

אני:

\_\_\_\_\_

בעל/ת תעודת זהות:

\_\_\_\_\_

מאשר בזה שהתקבלתי להתמחות אצל יועץ מס / רו"ח:

\_\_\_\_\_

בעל/ת תעודת זהות:

\_\_\_\_\_

החל מתאריך:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

נייד:

\_\_\_\_\_

דוא"ל:

\_\_\_\_\_

אני מתחייב/ת להתמחות במשרד המאמן 40 שעות שבועיות, מתוכן 30 שעות לפני

השעה 14:00, במשך 12 חודשים.

\_\_\_\_\_ חתימה

\_\_\_\_\_ שם פרטי ומשפחה

\_\_\_\_\_ תאריך