

העמותה לקידום מקצועי של עובדי המנהל במוסדות הבריאות

עמותה רשומה מס' 58-032-689-0

ייפוי כוח – טופס הצטרפות

אני הח"מ מצהיר/ה כי אני חבר/ה העמותה לקידום מקצועי של עובדי המנהל במוסדות הבריאות.

בהתאם להסכם הקיבוצי בין המעסיקים הציבוריים לבין הסתדרות הפקידים עובדי המנהל והשירותים, על המעסיק לשאת בדמי החברות בעמותה פרופסיונלית שאינה איגוד מקצועי. לפיכך אני מבקש לשלם לעמותה הנ"ל את דמי החבר המגיעים לה עבורי, החל משנה זו ואילך.

דמי החבר משתנים מדי שנה בהתאם לשינויים במדד.

דמי החבר מוכרים ע"י נציבות מס הכנסה כהוצאה מוכרת ופטורה מחובת ניכוי מס הן לגבי המעסיק והן לגבי העובד. בהתאם לאישור שניתן לעמותה. תקרת דמי החבר נקבעת מדי שנה ומתפרסמת בחוזר הממונה על השכר והסכמי העבודה – משרד האוצר. (חוזר האוצר ה"ע 90/18 (33) מ – 20.2.90 והמכיר בהוצאה).

בכבוד רב,

תאריך _____ חתימה העובד/ת _____

בחתימתי זו, ניתנת הסכמתי לדיוור ישיר אלי, בהתאם לחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981.

זאת עד מתן הודעה אחרת מטעמי, בכתב.

מספר תעודת זהות

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

פרטים על העובד/ת

שם משפחה _____ שם פרטי _____

מגורים

רח' _____ מס' _____ דירה _____ עיר _____ מיקוד _____

התקשרות

טלפון _____ טלפון נייד _____ דואר אלקטרוני _____

מעסיק

מקום עבודה _____ אגף/מחלקה _____ אחוז משרה _____

תפקיד _____ דירוג _____

כתובת מקום עבודה _____

לא חתמת – לא הרווחת