



תאריך: \_\_\_\_\_

### ייפוי כוח בלתי חוזר

אני הח"מ, המדורג/ת בדירוג המרפאים בעיסוק מצהיר/ה בזאת, כי אני חבר/ה בעמותה לקידום מקצועי עבור המרפאים בעיסוק (ע"ר) מספר עמותה 580715977 (להלן – "העמותה")

היות ואני מועסק ע"י מעסיק ציבורי \_\_\_\_\_ (להלן המעביד")

והיות ובהתאם להסכם הקיבוצי בין המעסיקים הציבוריים לבין המרפאים בעיסוק, על המעסיק לשאת בדמי החברות באגודה פרופסיונאלית שאינה איגוד מקצועי, אני מבקש/ת לשלם לעמותה הנ"ל את דמי החבר עבורי החל משנת 2021 ואילך.

דמי חבר 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 לאגודה.

תקרת דמי החבר נקבעת מידי שנה בחוזר הממונה על השכר והסכמי עבודה ממשרד האוצר המתפרסם בחודש מרץ של כל שנה.

בכבוד רב,

חתימת עובד/ת

#### פרטי העובד

שם ומשפחה \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_ מס' רישיון \_\_\_\_\_

מקום עבודה \_\_\_\_\_ אגף/מחלקה \_\_\_\_\_ תאריך תחילת עבודה \_\_\_\_\_

כתובת עבודה \_\_\_\_\_ עיר \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_

כתובת בית \_\_\_\_\_ עיר \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_

דואר אלקטרוני: \_\_\_\_\_

חתימת אחראי/ת ריפוי בעיסוק

- את הטופס החתום יש להעביר למשאבי אנוש במוסד