

## ייפוי כוח בלתי חוזר

אני הח"מ המדורג/ת בדירוג המרפאים בעיסוק מצהיר/ה כי אני חבר/ה בחברה הישראלית לריפוי בעיסוק (ע"ר) מספר עמותה 580179539 (להלן – "העמותה").

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

והיות ובהתאם להסכם הקיבוצי נדרש המעסיק לשאת בדמי החברות בעמותה שאינה איגוד מקצועי, אבקש מהמעסיק לשלם לעמותה את דמי החבר עבורי החל משנת 2014 ואילך.

דמי החבר עשויים להשתנות מדי שנה. 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 נקבע מידי שנה בחוזר הממונה על השכר והסכמי העבודה ממשרד האוצר המתפרסם בחודש מרס של כל שנה.

### **ולראיה באתי על החתום,**

\_\_\_\_\_

חתימה וחותמת העובד/ת

\_\_\_\_\_

תאריך

**אישור המעסיק להעברת דמי החברות בעמותה :**

\_\_\_\_\_

חתימה וחותמת המעסיק

\_\_\_\_\_

תאריך

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_ מס' ת"ז \_\_\_\_\_

מספר רישיון מקצועי: \_\_\_\_\_ דואר אלקטרוני: \_\_\_\_\_

מקום עבודה: \_\_\_\_\_ אגף/מחלקה: \_\_\_\_\_

היקף המשרה: \_\_\_\_\_ תחום התמחות: \_\_\_\_\_

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

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