

טופס הצטרפות לעמותה לקידום האחים והאחיות בבתי החולים הציבוריים



מיועד לאחים ואחיות בתי חולים שטרם ממשו את זכאותם להצטרף לעמותה לקידום
האחים והאחיות בבתי החולים הציבוריים עמותה מס' 580-592-772

ייפוי כוח בלתי-חוזר

אני הח"מ, המדורג/ת בדירוג האחים והאחיות מבקש/ת בזאת להצטרף לעמותה לקידום האחים והאחיות
בבתי החולים הציבוריים.

בהתאם להסכם הקיבוצי בין המעסיקים הציבוריים לבין הסתדרות האחים והאחיות, על המעסיק לשאת
בדמי החברות בעמותה פרופסיונאלית שאינה איגוד מקצועי.

לפיכך אני מבקש/ת לשלם לעמותה הנ"ל את דמי החבר עבורי החל משנה זו ואילך.

דמי החבר משתנים מידי שנה בהתאם לשינויים במדד.

דמי החבר מוכרים על ידי נציבות מס הכנסה כהוצאה מוכרת ופטורה מחובת ניכוי מס, הן לגבי המעסיק והן
לגבי העובד, בהתאם לאישור שניתן לעמותה.

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

פרטים על העובד/ת

שם: _____ משפחה: _____

תאריך לידה _____ מס. ת.ז. _____ מין: ז / נ

בית חולים: _____ תאריך התחלת עבודה בבית"ח: _____

אגף / מחלקה: _____ אחוז משרה: _____

כתובת: רח' _____ מס' _____

עיר: _____ מיקוד: _____

טלפון סלולרי: _____ מייל: _____

נא למלא ולשלוח למשאבי אנוש/גזברות מקום העבודה

שימו לב ! מילוי ושליחת הטופס אינו מקנה הצטרפות אוטומטית לעמותה

רק לאחר העברה תשלום דמי החבר מבית החולים עבורכם.

נא להחזיר לעמותה או למייל או לוצאפ טופס חתום.

מייל info2@nurse.org.il | ווצאפ מספר 055-2345157

**ידוע לי כי טופס שיתקבל ללא חותמת בית החולים
ו/או שלא מולאו כל פרטיו, לא יתקבל במשרדי העמותה**

תאריך: _____ חתימת העובד/ת _____

חתימה וחותמת הגורם המאשר בבית החולים: _____