



מדינת ישראל

נספח א' (9)

קרן השתלמות - רופאים

אל: יחידת משאבי אנוש במשרד/יחידה _____

מאת: שם העובד/ת _____ מספר זהות _____

הנדון: בחירת קרן השתלמות - רופאים

1. ידוע לי כי קרן ההשתלמות ששמה נקוב בהסכמים הקיבוציים החלים עלי בהתאם לדירוגי הינה: _____.

2. זכויותי לקרן ההשתלמות הופשו לקרן _____.

☐ החל ממועד ____/____/____ אני מבקש/ת להעביר את ההפרשות בגין עבודתי לקרן ההשתלמות _____.

☐ אני בוחר/ת להפקיד את הכספים המגיעים לי בגין עבודתי לקרן ההשתלמות _____ החל מתחילת עבודתי ביחידה.

קרן ההשתלמות	סמל מוטב מל"מ (טופס 255)	מס' אסמכתא	מס' קופה בשוק ההון	מס' עמית
הפרשות הממשלה: %				
הפרשות העובד/ת: %				

3. ידוע לי כי באפשרותי לפנות לארגון העובדים היציג, לשם קבלת מידע רלוונטי.

אישור העובד/ת			
כתובת	טלפון נייד/נייד	תאריך	חתימת העובד/ת
		/ /	

פרטי המעסיק					
משרד/ביה"ח	כתובת	טלפון	פקס	תאריך	חתימה (מנהל/ת משאבי אנוש)
				/ /	

התחייבות גוף המנהל קרן ההשתלמות

הפרשות לקרן ההשתלמות מעבר ל-7.5% הפקדות המעביד מחייבות הצהרה כדלקמן:
הקרן מתחייבת כי יש ביכולתה:

א. לחשב את "ההפקדה המוטבת" כהגדרתה בסעיף 9(א10) לפקודת מס הכנסה.

ב. לבדוק ולחשב את המס בגין הרווחים מעל הסכום שאינו "ההפקדה מוטבת", זאת בהתאם להסדר החוקי האמור בפקודת מס הכנסה.

שם איש/ת הקשר	טלפון נייד	טלפון נייד	כתובת
טלפון בחברה		דואר אלקטרוני	
תאריך		חתימה וחותמת הגוף המנהל קרן ההשתלמות	

העתק: יחידת המשכורת
מהדורה 8/2012 (ח/ע)