

תאריך: \_\_\_\_\_

### ייפוי כח בלתי חוזר

אני הח"מ, המדורג/ת בדירוג הפיזיותרפיסטים מצהיר/ה בזאת, כי אני חבר/ה ב- עמותה לקידום הפיזיותרפיה. בהתאם להסכם הקיבוצי בין המעסיקים הציבוריים לבין הפיזיותרפיסטים, על המעסיק לשאת בדמי החברות באגודה פרופסיונאלית שאינה איגוד מקצועי.

לפיכך, אני מבקש/ת לשלם לאגודה הנ"ל את דמי החבר עבורי החל משנה זו 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

### פרטים על 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 פיזיותרפיה