

- יש לשלוח את הטופס הזה מלא למשרד העמותה: info@ipts.org.il
ולשלוח העתק של ייפוי הכוח חתום למשאבי אנוש של מקום עבודתך.

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