כרטיס חבר "צוות"

(בקשה להצטרפות מרצון)

תמונת פספורט צבעונית

בקשת הצטרפות

1. אני הח"מ מצהיר/ה בזאת שפרשתי משרות קבע בצה"ל בתאריך ____/____/____ והנני זכאי/ת לקיצבת פרישה לפי סעיף 14 לחוק שרות קבע לצבא ההגנה לישראל (גמלאות) תשי"ד 1954.
2. אני הח"מ מצהיר/ה בזאת שבמשך שרותי בקבע לא הורשעתי בעבירה פלילית בבית דין צבאי.
3. אני מבקש/ת בזאת להתקבל כחבר/ה בארגון "צוות".
4. חתימתי כאן הינה הוראת קבע וייפוי כוח בלתי חוזר למופ"ת לנכות מקיצבתי ולהעמיד לזכות "צוות" ארגון גמלאי צה"ל את סכומי דמי החבר המפורטים להלן או **כפי שייקבע בעתיד בהתאם להחלטות אסיפת הנבחרים של הארגון ולתקנון הארגון:** סך של - 30 ש"ח כדמי חבר מדי חודש החל מיום: 1 ב-_____.
5. כמו כן אני נותן/ת ייפוי כוח בלתי חוזר למופ"ת לנכות מקיצבתי כל תשלום אחר לטובת הזכאי לקבלו, **והכל בהתאם להחלטות אסיפת הנבחרים של הארגון ולתקנון הארגון** (במידה והצטרפת/ה לביטוחי הבריאות, או החזר הלוואה).
6. ידוע לי כי לגבי כל תשלום שאינו לארגון אהיה רשאי/ת להודיע כי איני מסכים/ה לניכויו, וזאת תוך תקופת הזמן שנקבעה, והכל בהתאם להחלטות אסיפת הנבחרים של הארגון ולתקנון הארגון.
7. אני מסכים/ה ומאשר/ת כי "צוות" יקבל על-פי בקשתו ממופ"ת ו/או מכל גוף אחר בצה"ל כל מידע המתייחס לשרותי בצה"ל, לרבות בדבר משכורת, תנאי פנסיה ותנאים נלווים, לשימוש "צוות", בהתאם לשיקול דעתו של "צוות" לצורך ייצוגי ושמירה והגנה על זכויותי ועל תנאי הפנסיה שלי.

פרטים אישיים

מס' אישי (7 ספרות)	דרגה	חיל	מס' תעודת זהות (9 ספרות)	תאריך לידה
שם משפחה בעברית	שם פרטי בעברית	שם פרטי בלועזית	שם משפחה בלועזית	
		(נא לכתוב באותיות דפוס ברורות)		
נ/ג/א/ר+ ילדים	שם האשה/הבעל		מס' תעודת זהות (9 ספרות)	

כתובת מגורים:

רחוב	מס'	ת.ד.	ישוב	מיקוד

טלפון בבית	טלפון סלולרי	טלפון סלולר נוסף
-	-	-

כתובת דואר אלקטרוני: _____@_____

(נא לכתוב באותיות דפוס ברורות)

השתלבות בעבודה כן / לא

תפקיד אזרחי: _____

מקום עבודה: _____

_____

נתוני פרישה

תאריך פרישה	סה"כ שנות שרות	סה"כ שנות לימוד
____/____/____	_____	_____

☐ פנסיה תקציבית ☐ פנסיה צוברת

נתוני השכלה:

טכנאי _____ מגמה _____ הנדסאי _____ מגמה _____

תואר I _____ תואר II _____ תואר III _____ אחר: _____

תאריך _____ חתימה _____ ●

בקשת הצטרפות לביטוחי הבריאות והסיעוד של "צוות"

אני החתום/ה מטה מבקש/ת להצטרף ☐ לביטוח הבריאות ☐ ולביטוח הסיעוד** ונותן/ת בזה ייפוי כוח בלתי חוזר למופ"ת לנכות מקיצבתי את **פרמיות הביטוח** בגין הביטוח/ים.

**סמן/י לבחירתך

תאריך _____/20____/_____ חתימה _____ ●