

תמונת
פספורט
צבעונית

כרטיס חבר "צוות" (בקשה להצטרפות מרצון)

בקשת הצטרפות

- אני הח"מ מצהיר/ה בזאת שפרשתי משרות קבע בצה"ל בתאריך _____ והנני זכאי/ת לקיצבת פרישה לפי סעיף 14 לחוק שרות קבע לצבא הגנה לישראל (גמלאות) תשי"ד 1954.
- אני הח"מ מצהיר/ה בזאת שבמשך שרותי בקבע, לא הורשעתי בעבירה פלילית בבית דין צבאי.
- אני מבקש/ת בזאת להתקבל כחבר/ה בארגון "צוות".
- חתימתי כאן הינה הוראת קבע ויפוי כח 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:
 - תשלום חד פעמי בסך - 10 ₪ להוצאות ארגוניות.
 - סך של - 41 ₪ כדמי חבר מדי חודש החל מיום: 1 ב- _____
- כמו כן אני נותן/ת יפוי כח בלתי חוזר למופ"ת לנכות מקצבתי כל תשלום אחר לטובת הזכאי לקבלו, והכל בהתאם להחלטות אסיפת הנבחרים של הארגון ולתקנון הארגון.
- ידוע לי כי לגבי כל תשלום שאינו לארגון אהיה רשאי להודיע כי איני מסכים לניכוי, וזאת תוך תקופת הזמן שנקבעה, והכל בהתאם להחלטות אסיפת הנבחרים של הארגון ולתקנון הארגון.
- אני מסכים ומאשר 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 (נא לכתוב באותיות דפוס ברורות)	שם משפחה בלועזית	
נ/ג/א/ר+ ילדים	שם האשה/הבעל	מס' תעודת זהות (9 ספרות)		
כתובת מגורים:	רחוב	מס'	שכונה	ישוב
כתובת לקבלת דואר מ"צוות":	רחוב	מס'	שכונה	ישוב
טלפון בבית	טלפון בבית נוסף	טלפון סולרי		
פקס	מקום עבודה (אם יש)	טלפון בעבודה		
כתובת דואר אלקטרוני: _____ @ (נא לכתוב באותיות דפוס ברורות)				

נתוני פרישה

תאריך הפרישה	סה"כ שנות שרות	סה"כ שנות לימוד
% אחוז פנסיה	% אחוז היוון	% אחוז נכות בצה"ל

תפקידים בצבא (ללא פירוט שמות ומספרי יחידות).

תפקיד אחרון בצה"ל:
תפקידים קודמים:
1. _____
2. _____

נתוני השכלה:

טכנאי	מגמה	הנדסאי	מגמה
תואר I	תואר II	תואר III	אחר:

● תאריך _____ חתימה _____

בקשת הצטרפות לביטוח הבריאות והסיעודי של "צוות"

אני החתום/ה מטה מבקש/ת להצטרף לביטוח הבריאות של "צוות" ונותן/ת בזה יפוי כח בלתי חוזר למופ"ת לנכות מקצבתי את פרמיות הביטוח בגין ביטוח הבריאות הקולקטיבי שנעשה לטובת כלל החברים.

● ביטוח קבוצתי מלא* משלים שבי"ן* תאריך _____ חתימה _____
יש לסמן x במשבצת המתאימה