

קופה	קידומת	מס' עמית	תאריך שליחת הטופס		
			שנה	חודש	יום

בקשת הצטרפות לקרן ההשתלמות לרופאים

האמור בטופס פונה הן לנשים והן לגברים, הניסוח בלשון זכר הנו לשם הנוחות בלבד. הנני מבקש להצטרף כעמית שכיר לקרן ההשתלמות לרופאים (מס' אישור מס הכנסה 419) (להלן: "הקרן") שהיא קרן לשכירים בלבד, שבניהול החברה המנהלת, בה יופקדו תקבולים על-ידי מעסיקי חלק עובד/חלק מעביד בהתאם להסדר התחיקתי ולתקנון הקרן, כפי שיהיו בתוקף מעת לעת.

<input type="checkbox"/>	המסלולים אליו/אליהם ברצוני להצטרף (בהיעדר סימון מתאים יצורף העמית למסלול הכללי):	החלק ב-% (בהיעדר סימון יחולק שווה בין המסלולים הנבחרים)
<input type="checkbox"/>	רופאים קרן השתלמות - מסלול כללי (מס' אישור מ"ה 419)	
<input type="checkbox"/>	השתלמות רופאים אג"ח ממשלת ישראל (מס' אישור מ"ה 1472)	

* יש לסמן ב-X את המשבצת המתאימה

מעמד העמית בקופה: שכיר

פרטי העמית:

שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת זהות/דרכון זר	שם מדינה (במקרה של מסירת דרכון זר)	מין	תאריך לידה
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	

כתובת למשלוח דואר

רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	ת.ד.	מיקוד ת.ד.

מס' טלפון	מס' טלפון נוסף	פקס	דוא"ל	e-mail

סוג ההסכם אליו משייך העמית:

שם ההסכם:	מתאריך:
-----------	---------

הצהרות העמית:

- ידוע לי ומוסכם עליי כי חברותי בקרן תזכה אותי בכל הזכויות המוקנות לעמיתים על-פי תקנון הקרן, וכי אהיה כפוף לכל התנאים, ההוראות וההתחייבויות המוטלות על העמיתים מכוח ההסדר התחיקתי, תקנון הקרן והחלטות ונוהלי החברה המנהלת, כפי שיהיו מעת לעת. ככל שיתברר בעתיד כי בטעות זוהה חשבוני בקרן, אני מסמיך את החברה המנהלת לחייב את חשבוני בגין סכומים אלה בצירוף רווחי הקרן שהצטברו על סכומים אלה ממועד הזיכוי ועד למועד תיקון הטעות.
- ידוע לי ומוסכם עליי כי דמי הניהול שיגבוי מחשבוני בקרן מדי חודש יהיו על-פי הוצאות הקרן בפועל.
- ידוע לי כי אני רשאי לתת לחברה המנהלת הוראה לימניו מוטבים, בה אקבע למי ישולמו לאחר פטירתי הכספים שנצברו בחשבוני בקרן, וכן לעדכן אותה מעת לעת. רשמתי לפני את הודעת החברה המנהלת כי עד שלא אמסור הוראת מיניו מוטבים כדין תנהג החברה המנהלת כאילו לא מיניתי מוטבים ויחול האמור בתקנון הקרן. טופס הוראת מינו/עדכון מוטבים נמצא באתר האינטרנט של החברה המנהלת, שכתובתו www.krn-rofim.co.il.
- ידוע לי ומוסכם עליי כי החברה המנהלת תהא רשאית לשלוח דיווחים רבעוניים בדואר אלקטרוני במקום בדואר רגיל, ואני אהיה רשאי להודיע, בכל עת, לחברה המנהלת על רצוני לקבל את הדיווח הרבעוני בדואר רגיל.
- מאגרי מידע - ידוע לי ומוסכם עליי, כי הפרטים אודותי, בין שנמסרו על-ידי ובין שנמסרו על-ידי מקורות אחרים, יוחזקו במאגרי המידע של הקרן והחברה המנהלת ו/או של גורמים מטעמן. הפרטים הנאגרים אודותי יישמשו את החברה המנהלת ואת הגורמים, כאמור, לצורך ניהול עסקי הקרן, לרבות ניהול תפעול ושיווק הקרן.
- אני מצהיר בזה, כי הנני בעל רישיון עיסוק ברפואה ומוסמך כרופא שכיר.

התחייבות המעסיק (חלק זה ימולא וייחתם ע"י המעסיק):

התחייבות כספית: הננו לאשר כי קיבלנו בקשה והתחייבות על ידי העמית בקשר להצטרפותו לקרן ונפעל בהתאם לכתוב בה. לאחר קבלת אשרכם על קבלתו לקרן. נעביר בניכוי חלק העובד בשעור של 2.5% ממשכורתו של העובד ביחד עם סכום חלק המעביד בשעור 7.5% ממשכורתו, לחשבון העו"ש של הקרן בבנק הבינלאומי, סניף 46, רח' רוטשילד 42, תל-אביב, תוך ציון מס' חשבונו האישי של העמית בקרן מידי חודש בחודשו עד ה-15 בו בגין החודש שחלף. המשכורת לענין זה היא המשכורת ותוספות קבועות המובאות בחשבון לצרכי גמלאות. מספר חשבון להעברת כספים 470392. אנו מתחייבים לפעול על פי תקנון הקרן וההסדר התחיקתי החל עליה.

הרינו מאשרים הצטרפות הנ"ל לקרן ההשתלמות החל מתאריך

שם המעסיק/המוסד/המפעל _____ מס' ח.פ./עוסק מרשה _____
 כתובת המעסיק/המוסד/המפעל _____ שם משפחה ופרטי (ברור) של החותם _____
 תאריך _____ חתימה וחותמת המעסיק _____

בחתימתי על טופס זה הריני מאשר את נכונות כל פרטי והצהרות העמית המפורטים בו, ואני מתחייב לעדכן את החברה המנהלת בכל שינוי שיחול בהם.

חתימת העמית

תאריך

יש לצרף צילום ת"ז/דרכון זר

יש לשמור עותק מטופס הצטרפות

את טופס הצטרפות + צילום תעודת זהות, (לא ניתן לפתוח חשבון בקרן ללא צירוף צילום תעודת זהות) ניתן להעביר אלינו באחת הדרכים הבאות:

- בדואר לכתובת - קופות גמל, מדור הצטרפויות, ת.ד. 35360 תל-אביב 6135301 ;

- לפקס שמספרו 03-6815005

- בדוא"ל: Mail441A@fibi.co.il

טל' לברורים: 03-7706087, שעות מענה טלפוני בימים א'-ה' בין השעות: 8:00-17:00 ובימי ו' וערבי חג 8:00-12:00.