

בקשת הצטרפות לקרן השתלמות

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

פרטי החברה המנהלת		פרטי החברה המנהלת	
שם קרן השתלמות*	שם החברה המנהלת	קוד קרן השתלמות	ימולא ע"י מח' קופ"ג
רופאים קרן השתלמות	יחד רופאים - חברה לניהול קופות גמל בע"מ	419	מספר החשבון של העמית בקרן

פרטי העמית

שם פרטי*	שם משפחה*	שם משפחה קודם	מס' זהות/דרכון*	תאריך לידה*	מין	מצב משפחתי
					ז <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/>	רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> ידוע בציבור <input type="checkbox"/>
יישוב*	ת.ד.	רחוב*	בית*	דירה	מיקוד	
כתובת דוא"ל לקבלת הודעות ומסמכים	טלפון נייד	טלפון קווי	מעמד			
			שכיר <input type="checkbox"/> שכיר בעל שליטה <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> עצמאי באמצעות מעסיק <input type="checkbox"/>			

פרטי המעסיק

שם המעסיק*	כתובת המעסיק*	מספר טלפון*	ח.פ/עוסק מורשה

מסלול השקעה בקרן השתלמות מסלולי השקעה בקרן השתלמות נבדלים ברמת הסיכון והתשואה הצפויה לכספיך המושקעים בקרן

סמן את מסלול ההשקעה המבוקש ושיעור החלוקה המבוקש בין המסלולים (בין 0%-100%)

מ"ה	שם מסלול ההשקעה	ח.פ/עוסק מורשה
419 <input type="checkbox"/>	השתלמות רופאים כללי	
1472 <input type="checkbox"/>	השתלמות רופאים אג"ח ממשלת ישראל	
12345 <input type="checkbox"/>	השתלמות רופאים מניית	

שים לב! אם לא תבחר באחד ממסלולי ההשקעה המפורטים בטבלה, יושקעו כספיך במסלול הכללי.

שים לב!

נוסף על דמי הניהול רשאית החברה המנהלת לגבות מהנכסים המנוהלים בקופה, הוצאות ישירות בשל ביצוע עסקאות.

שיעורי ההוצאות הישירות שנגבו בשנה החולפת מוצגים באתר האינטרנט של החברה. לצפייה לחץ כאן

עמית עצמאי

פרטי תשלום של עמית עצמאי:

טכום הפקדה	תאריך תחילת גבייה	תדירות תשלום

אישורים

ידוע לי כי לא חלה עלי חובה חוקית למסור כל מידע, למעט מידע שחלה עלי חובה למסור על פי דין לצורך קבלת השירותים, ומסירת המידע תלויה ברצוני ובהסכמתי, וכי המטרה שלשמה מבוקש המידע היא לצורך ניהול ותפעול קרן ההשתלמות שלי, לרבות עיבוד מידע הקיים במערכות החברה והכל בכפוף להוראת הדין.

אני מסכים/ה לקבל מהחברה, הודעות שיווקיות ודברי פרסומת באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או כל אמצעי תקשורת אחר, והכל בהתאם לפרטים השמורים במאגר המידע של החברה.

כמו כן, ידוע לי שכדי להסיר את פרטי מרשימת הדיור לקבלת הודעות שיווקיות ודברי פרסומת, באפשרותי לפנות לכתובת דוא"ל Moked@hrofim.org.il

או לכתובת שמשון 9 ת.ד. 3928 פתח תקווה 4952701

באפשרותך לבחור לקבל מסמכים והודעות מטעם החברה באחד מהאמצעים שמולאו בפרטי העמית:

דואר אלקטרוני הודעת טקסט (מסרון) דואר


לידיעתך! אם לא תבחר באחת מהאפשרויות המפורטות, ישלחו אליך מסמכים והודעות כפי שנקבע בהוראת הדין


כרטי בעל הרישיון (לא נדרש בהצטרפות ישירה של העמית ובהצטרפות מקוונת)


שם פרטי	שם משפחה	מס' בעל רישיון	מס' סוכן בחברה	שם הסוכנות

רשימת מסמכים מצורפים

- צילום תעודת זהות (חובה)
 ייפוי כח - בהתאם להוראות הממונה
 מסמך הנמקה - בהתאם להוראות הממונה
 אישור על עוסק עצמאי הרשום במע"מ
 טופס הוראה לחיוב חשבון - עצמאי
 טופס הצהרת עמית עצמאי לפי צו איסור הלבנת הון
 הוראה להפקדה חד פעמית - עצמאי
 כתב מינוי אפוטרופוס (חובה ככל שאפוטרופוס מעורב בתהליך)
 טופס בקשה להעברת כספים - בהתאם להוראות הממונה

חתימת העמית*  _____ תאריך חתימה* _____

חתימת בעל רישיון  _____ תאריך חתימה _____

חתימת אפוטרופוס  _____ תאריך חתימה _____

את טופס ההצטרפות + צילום תעודת זהות (לא ניתן לפתוח חשבון בקרן ללא צירוף צילום ת"ז) ניתן להעביר אלינו באחת מהדרכים הבאות:
 1. בדואר לכתובת: שמשון 9 ת.ד. 3928 פתח תקווה 4952701
 2. בדואר 7"ל Moked@hrofim.org.il

טלפון לבירורים 072-2790007, שעות מענה טלפוני בימים א'-ה' בין השעות 8:00-16:00
 יחד רופאים - חברה לניהול קופות גמל בע"מ

הצהרת העמית*

לאור האמור לעיל, אבקשך לאשר את הרישום להלן:
 אני מצהיר כי:

- הנני בעל רישיון עיסוק ברפואה ומוסמך כרופא
 בן/בת זוג של עמית/ה
 סטאזר/ית

כמוכן, ידוע לי כי עלי לעדכן את החברה המנהלת בכל שינוי ביחס להצהרתי כאמור.

שם _____

תאריך _____

חתימה _____

FATCA הצהרת


- האם את/ה אזרח/ית ארצות הברית? כן לא
- האם את/ה תושב/ת ארצות הברית לצרכי מס? כן לא
- אם סימנת "כן" בסעיפים 1 ו-2 (באחד מהסעיפים או בשניהם) יש לצרף טופס W9⁹ ולרשום את מספר הזיהוי הפדרלי שלך לצרכי מס בארה"ב.
 U.S TIN _____

4. אני מצהיר/ה בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה, מלא ומהימן.

שם: _____

תאריך: _____

חתימה:  _____


הצהרת עמית עצמאי לפי צו איסור הלבנת הון (לחץ לקישור לטופס W9 )

אני _____ בעל תעודת זהות מספר _____

מצהיר בזאת כי אני פועל בעבור עצמי, אני מתחייב להודיע לקופה אם אפעל בעבור אחר.

שם: _____

תאריך: _____

חתימה:  _____