

א. פרטי העמית/ה

שם פרטי	שם משפחה	מס' ת.ז.

ב. פרטי המעסיק/ה

שם התאגיד / שם המעסיק	מספר ח.פ. / עוסק מורשה	כתובת דוא"ל
איש קשר מורשה חתימה בארגון		
שם פרטי	שם משפחה	מס' ת.ז.

ג. הצהרת המעסיק/ה

- ☐ אני מאשר/ת את הפקדת כספיי מרכיב הפיצויים של העובד למסלול כמבוקש על ידי העובד/ת.
- ☐ אני מאשר/ת כי נקבע בהסכם קיבוצי / בהסכם אחר שהפקדת כספים למרכיב הפיצויים של העובד/ת תבוא במקום פיצויי פיטורים לפי סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים, התשכ"ג - 1963.

ד. פרטי בעל/ת רישיון

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

ה. חתימה

תאריך	חתימה של איש הקשר המורשה חתימה	חותמת התאגיד / המעסיק
		