

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> <p>מס' זהות / תיק ניכויים</p> </div> </div>																					<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td style="width: 15px;">0</td><td style="width: 15px;">1</td></tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> <p>סוג המסמך</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> <p>דפים</p> </div> </div>	0	1																			
0	1																				

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הביטוח והגביה



יפויי כח למייצג

1 פרטי המשרד המייצג

שם המשרד המייצג		מס' תיק ניכויים		מס' עוסק מורשה	
שם המייצג		מס' ת.ז.		דואר אלקטרוני	
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה	
דירה		יישוב		מיקוד	
טלפון קווי		טלפון נייד		מס' פקס	
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS					

2 פרטי המבוטח

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות	
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה	
דירה		יישוב		מיקוד	

3 פרטי המעסיק

שם המעסיק		מס' עוסק מורשה		מספר תיק ניכויים	
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה	
דירה		יישוב		מיקוד	

הצהרה

אני הח"מ מייפה בזה את כוחו של המייצג,  
 לייצג אותי מול הביטוח הלאומי לעניין דמי ביטוח והכנסות וכן הזרמת דוחות ופרטים אחרים לעניין עיסוקים, הכנסות ותשלום דמי ביטוח.  
 לקבל בשמי ובעבורי מאת המוסד לביטוח לאומי, כל מידע, פרטים ומסמכים המצויים ברשותם והנוגעים אלי, בין במישרין ובין בעקיפין, לגבי גמלאות, בכסף או בעין ותשלומים אחרים שהגיעו לי, או המגיעים לי או להגיע לי מאת המוסד לביטוח לאומי ולגבי תביעות שהגשתי לקבלת גמלאות ותשלומים כאמור לרבות סוג הגמלה, סכום הגמלה, הבסיס לחישוב ורכיביה, תקופות תשלום ומועדי התשלום, יתרות לזכות ולחובה לגבי גמלאות ותשלומים כאמור.  
 כן רשאי מיפה כוחי, לקבל מידע ופרטים לגבי הטיפול בתביעתי לרבות העתקים של כתבי התביעה, שלבי הטיפול בתביעה, ההחלטות שניתנו והמידע ששימש תשתית להחלטות כאמור והכל למעט מידע רפואי, תפקודי, שיקומי או סוציאלי הכלול והכרוך בהם.  
 הריני משחרר ופותר בזה את המוסד לביטוח לאומי ו/או כל עובד מעובדיו ו/או כל אדם או גוף הבאים מכוחו של המוסד לביטוח לאומי מחובת השמירה על סודיות המידע שלפיו כל דין ועל כן לא תהיה לי כל טענה ותביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת המידע כאמור, כלפי המוסד לביטוח לאומי ו/או אל עובדיו ו/או הבאים מכוחו.

חתימת המבוטח     
  חתימה וחותמת המייצג     
  חתימה וחותמת המעסיק