

לכבוד: הראל פנסיה וגמל בע"מ

935921742 מס' תיק ניכויים	857 מספר הקופה	הראל-דקל קופת גמל לדמי מחלה שם הקופה
------------------------------	-------------------	---

הנני להצהיר, כי שילמתי לעובדים המפורטים להלן את הסכומים המפורטים בעד תקופת מחלה לפי הוראות הזכאות לדמי מחלה כהגדרתן בתקנות מס הכנסה (כללים לאישור ולניהול קופת גמל), התשכ"ד-1964. ידוע לי שחלה תקנה 2 לתקנות מס הכנסה (ניכוי מסכומים ששולמו למעביד מאת קופת גמל), תשמ"ב-1981 ומסכומים משולמים ינוכה מס בשיעור 40%.

הנני מצהיר כי יש בידי את כל המסמכים הנדרשים להוכחת זכאות העובדים לקבלת הסכומים

הסכום ששולם	תקופת המחלה		החולה שבגיניו משתלמים הסכומים			העובד	
	עד יום	מיום	קרבה (*) ילד/הורה/בן זוג	מספר ת.ז.	שם	מספר ת.ז.	שם
	סה"כ						

* ימולא רק אם דמי המחלה שולמו בגין מחלת מי שאינו עובד העמית

שם המעסיק (העמית)	מספר החברה/העוסק	תיק הניכויים	מס' חשבון בקופה
פרטי חשבון הבנק להעברת הכספים: יש לצרף לטופס הבקשה אישור חשבון בנק.	מספר חשבון	סניף	מספר טלפון

טופס זה יתויק בתיק המעסיק (העמית) בקופת הגמל. העתק מטופס זה יישמר בידי המעסיק (העמית)

פרטי המורשים לחתום בשם המעסיק - נא לצרף אישור רואה-חשבון או העתק פרוטוקול לגבי מורשי חתימה בשם המעסיק				
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	חתימה
1.				
2.				
<input type="checkbox"/> מצ"ב תצלום תעודות זהות של כל מורשי החתימה			חותמת המעסיק	