

המוסד לביטוח
לאומי
מערכת ייצוג לקוחות
באינטרנט

2420
2791-546-1

ט ו פ ס
ייפוי כוח
למייצג/ת

מס' תיק מייצג/ת
(לשימוש משרדי בלבד)

תאריך הדפסה: 08/12/2019
מועד אחרון להגשה:
06/02/2020
מס' אסמכתא: 2791-546-1

יש לשלוח את הטופס החתום
לפקס: 02-6463300
או בדואר אל:
המוסד לביטוח לאומי
החטיבה לשירותים טכנולוגיים
שד' ויצמן 13
ירושלים מיקוד: 9543707

עפ"י חוק הביטוח הלאומי (ייצוג בפני המוסד, סעיף 386) -
"לא ייצוג אדם בפני המוסד אלא ע"י עורך דין, רואה חשבון, יועץ מס, ידיד קרוב, נציג ארגון עובדים או מעבידים, נציג ארגון
של ישובים חקלאיים, או אדם אחר שנתקיימו בו התנאים שנקבעו לכך".

פרטי המשרד המייצג/ת:

שם המשרד: אהרונביץ היילר רוח	מס' תיק ניכויים: 0	מס' עוסק מורשה: 557376803
שם המייצג/ת: יורלביץ נתן	תואר המייצג/ת: רואה חשבון	מס' זהות המייצג/ת: 54240353
כתובת המשרד:	ישוב:	מיקוד: 0
תא דואר:	ישוב תא דואר:	מיקוד תא דואר:
מס' טלפון משרד: 03-6160822	מס' פקס משרד: 03-6160825	

פרטי המעסיק/ה:

שם המעסיק/ה: אובלי ערבויות בע"מ	
תיק ניכויים: 93628428000	עוסק מורשה: 515966661
רחוב:	
ישוב:	מיקוד:
מס' טלפון: -	

שים לב !!!
טופס שאינו חתום או
שישלח לאחר 06/02/2020
לא יטופל.

מידע בנושא ביטוח וגבייה למעסיק/ה

אני החתום מטה מייפה בזה את כוחו של המייצג/ת לייצג אותי מול הביטוח הלאומי לעניין דמי ביטוח והכנסות וכן הזרמת
דוחות ופרטים אחרים לעניין עיסוקים, הכנסות ותשלום דמי ביטוח.

אובלי ערבויות בע"מ

X 515966661

חתימת וחזמת המעסיק/ה

מידע בנושא גמלאות למעסיק/ה

אני החתום מייפה בזה את כוחו של המייצג/ת לקבל בשמי ובעבורי מאת המוסד לביטוח לאומי ו/או מאת עובד מעובדיו ו/או
מאת כל אדם או גוף הבאים בשמו ומכוחו של 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 העשויים להגיע לי
מאת המוסד לביטוח לאומי ולגבי תביעות שהגשתי לקבלת גמלאות ותשלומים כאמור לרבות סוג הגמלה, סכום הגמלה, הבסיס
לחישובה ורכיביה, תקופות תשלום ומועדי התשלום, יתרות לזכות ולחובה לגבי גמלאות ותשלומים כאמור.
כן רשאי מיופה כוחי, לקבל מידע ופרטים לגבי הטיפול בתביעתי לרבות העתקים של כתבי התביעה, שלב הטיפול בתביעה,
ההחלטות שניתנו והמידע ששימש תשתית להחלטות כאמור, והכול למעט מידע רפואי, תפקודי, שיקומי או סוציאלי הכלול
והכרוך בהם.

הריני משחררת(ת) ופוטרת(ת) 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 שלפני כל דין. ועל כן לא תהיה לי כל טענה ותביעה מכל סוג שהוא בקשר
למסירת מידע כאמור, כלפי המוסד לביטוח לאומי ו/או אל עובדיו ו/או הבאים מכוחו.

X אובלי ערבויות בע"מ

חתימת וחזמת המעסיק/ה

ייפוי כוח זה מהווה הסכמה לעניין חוק הגנת הפרטיות תשמ"א - 1981 למסור מידע כאמור למייצג שלעיל ולכל מורשה לשימוש
כמשמעותו בהסכם שבין המייצג לבין המוסד לביטוח לאומי.
לידיעתך, ייפוי כוח זה מבטל כל ייפוי כוח קודם אם הוגש כזה.