



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הביטוח והגביה

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	מס' זהות / תיק ניכויים 0 1 סוג המסמך דפים
------------------------------------	---

ייפוי כוח למייצג

1

פרטי המייצג (השדות המסומנים ב-* הם שדות מילוי חובה)

שם המייצג *	תואר המייצג *	מס' ת.ז. * ב.ס.
גלעד אקרמן	<input type="checkbox"/> עורך דין <input type="checkbox"/> יועץ מס <input checked="" type="checkbox"/> רואה חשבון	0 3 7 0 7 7 6 0 9

לתשומת לבך, מייצג שאינו רשום במוסד לביטוח לאומי, ימלא גם את סעיף 2 "פרטי המשרד"

2

פרטי המשרד (השדות המסומנים ב-* הם שדות מילוי חובה)

שם המשרד *	מספר תיק ניכויים בביטוח לאומי	מספר עוסק מורשה *
רחוב / תא דואר *	מס' בית *	כניסה
דירה	ישוב *	מיקוד
טלפון *	טלפון נייד	מס' פקס
דואר אלקטרוני @		
<input type="checkbox"/> אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת		

3

פרטי המיוצג (השדות המסומנים ב-* הם שדות מילוי חובה)

שם משפחה *	שם פרטי *	מספר זהות * ב.ס.
אקרמן	עומר	2 0 4 9 4 2 0 4 9
טלפון קווי	טלפון נייד *	
	0 5 4 6 2 2 9 5 4 6	

4

פרטי המעסיק המיוצג

שם המעסיק *	מספר תיק ניכויים בביטוח לאומי *
טלפון קווי	טלפון נייד *

אני החתום מטה, מייפה בזה את כוחו של המייצג לייצג אותי מול הביטוח הלאומי ולקבל בשמי ובעבורי מאת המוסד לביטוח לאומי כל מידע, פרטים ומסמכים המצויים ברשותו והנוגעים אליי, בין במישרין ובין בעקיפין, לעניין עיסוקים, הכנסות, תשלום דמי ביטוח וגמלאות מחליפות שכר.

אני החתום מטה משחרר בזה את המוסד לביטוח לאומי ופוטר אותו או כל עובד מעובדיו או כל אדם או גוף הבאים מכוחו של הביטוח הלאומי מחובת שמירה על המידע שלפי כל דין, על כן, לא תהיה כל טענה ותביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת המידע כאמור, כלפי הביטוח הלאומי או עובדיו או הבאים מכוחו.

תאריך * 12/12/2023 חתימת המבוטח *

חתימת וחותמת המייצג * חתימה וחותמת המעסיק *