

מדינת ישראל  
המכון למחקר ביולוגי

**בחירת קרן השתלמות**

שם העובד/ת: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

בתוקף החל מיום \_\_\_\_\_ הנני מעוניין / מעוניינת כי הפרשות והניכויים עבורי יבוצעו  
על פי בחירתי:

בגין כל השכר הקובע -  
הפרשות הממשלה: 7.5%  
הפרשות העובד: 2.5%

בקרן ההשתלמות:

שם הקרן \_\_\_\_\_ מס' עמית \_\_\_\_\_ מס' קופה בשוק ההון/אוצר \_\_\_\_\_

**אישור קרן ההשתלמות**

שם איש/ת הקשר \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_ נייד \_\_\_\_\_  
מס' מעסיק (במידת הנדרש) \_\_\_\_\_ מייל \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת הקרן \_\_\_\_\_

**אישור העובד/ת**

טל' נייד \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

למילוי ע"י המכון:

סמל קופה \_\_\_\_\_ קיים / חדש \_\_\_\_\_ מס' באוצר \_\_\_\_\_ דרך מס"ב כן/לא

**אישור מנהל משאבי אנוש:**

חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_