



טופס בקשת הצטרפות כחברה ב-"כוח לעובדים – ארגון עובדים דמוקרטי" (ע"ר 580483956)
וביטול חברות בארגון עובדים אחר

חלק א': פרטים אישיים

יום		חודש		שנה		יש למלא 9 ספרות, כולל ספרת ביקורת	
:		:		:		:	
תאריך לידה		שם משפחה		שם פרטי		תעודת זהות	
						<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/> אחר	
טלפון בעבודה		טלפון נייד		טלפון בבית		מין	
מיקוד	דירה	כניסה	מספר בית	רחוב (או תא דואר)		ישוב	
דואר אלקטרוני							

חלק ב': מקום העבודה

מחלקה/מסגרת			
התפקיד בעבודה		שם המעסיק וכתובתו	

חלק ג': בקשת הצטרפות

<input type="checkbox"/> הסניף הכללי <input type="checkbox"/> סניף לפי מקום העבודה:											
הסניף אליו אני מבקש/ת להצטרף											
<p>אני, הח"מ, מבקש/ת להצטרף כחברה/ לעמותת "כוח לעובדים – ארגון עובדים דמוקרטי" שמטרתה הן: "קידום וסיוע להתארגנויות עובדים. תמיכה וסיוע לעובדים בשיפור תנאי עבודתם ושכרם כולל בעת הצורך חתימת הסכמים על שכר ותנאי עבודה בשמם לרבות הסכמים קיבוציים. מאבק במגמות ותהליכים הפוגעים בזכויות עובדים, בשכרם ובעבודה המאורגנת. מאבק לצדק כלכלי חברתי, מדינת רווחה אוניברסאלית ודמוקרטיה בעולם העבודה."</p> <p>אני מאשר/ת את נכונותם של הפרטים כפי שמילאתי בטופס זה ואני מתחייב/ת להודיע לעמותה על כל שינוי שיחול בהם. אני מכיר/ת את מטרת העמותה ותקנון העמותה ואני מתחייב/ת לא לפעול בסתירה אליהם. אני מודעת/לכך שהחברות כרוכה בתשלום דמי חבר בתעריף שנקבע מעת לעת על ידי אסיפת הנציגים של הארגון. כמו כן, אני מסכים/ה מראש לניכוי דמי חבר על-ידי המעסיק באמצעות תלוש השכר, אם וכאשר הדבר יתאפשר.</p>											
<input type="checkbox"/> אני מבקש/ת לבטל את חברותי ב- _____, אם אני רשום/ה כחברה.											
שם ארגון העובדים בו אני מבקש לבטל חברות											
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: center;">יום</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">חודש</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">שנה</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">:</td> <td style="text-align: center;">:</td> <td style="text-align: center;">:</td> <td></td> </tr> </table>			יום	חודש	שנה			:	:	:	
	יום	חודש	שנה								
	:	:	:								
חתימה	תאריך הבקשה										