



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

חלק א': פרטים אישיים

שם פרטי		שם משפחה		תאריך לידה		שנה		חודש		יום	
שם פרטי		שם משפחה		תאריך לידה		שנה		חודש		יום	
תעודת זהות		טלפון בבית		טלפון נייד		טלפון בעבודה		מין		<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	
יש לכתוב באנגלית, באותיות גדולות		רחוב		מספר בית		כניסה		דירה		מיקוד	
דואר אלקטרוני											

חלק ב': מקום העבודה

שם מקום העבודה		מחלקה/מסגרת	
שם מקום העבודה		מחלקה/מסגרת	
רחוב ומספר בית		התפקיד בעבודה	
רחוב ומספר בית		התפקיד בעבודה	

חלק ג': בקשת הצטרפות

הסניף הכללי
 סניף לפי מקום העבודה:

הסניף אליו אני מבקש להצטרף

אני, הח"מ, מבקש/ת להצטרף כחברה/ה לעמותת "כוח לעובדים" – ארגון עובדים דמוקרטי שמטרותיה 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."

אני מאשר/ת את נכונותם של הפרטים כפי שמילאתי בטופס זה ואני מתחייב/ת להודיע לעמותה על כל שינוי שיחול בהם. אני מכיר/ה את מטרות 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 מראש לניכוי דמי חבר על-ידי המעסיק באמצעות תלוש השכר, אם וכאשר הדבר יתאפשר.

שנה | חודש | יום

תאריך

חתימה

ע"פ תקנון הארגון, דמי החבר נקבעים לפי הכנסתו הכוללת של החבר ולא לפי שכרו ממקום עבודה בודד. שיעור דמי החבר הינו 25 ₪ לחודש למשתכרים בין 4,000 ₪ ל-6000 ₪ בחודש, 37.5 ₪ לחודש למשתכרים מעל 6,000 ₪ בחודש, ו-15 ₪ לחודש למשתכרים פחות מ-4,000 ₪ בחודש. בתשלום בהמחאה או במזומן יש לשלם עבור שנה אחת מראש.

חלק ד': ביטול חברות בארגון עובדים אחר

לכבוד: _____

שם ארגון העובדים בו אני מבקש לבטל חברות _____

אני, _____, בעל תעודת זהות מספר _____, החתום/ה מטה, מבקש/ת בזאת לבטל את חברותי ב _____, במידה ואני רשום/ה כחברה/ה.

שם פרטי | שם משפחה | מספר תעודת זהות

שם ארגון העובדים בו אני מבקש לבטל חברות _____

שנה | חודש | יום

תאריך

חתימה