בקשה למשיכת כספים בקופה לדמי מחלה

תאריך: .....

לכבוד: הדס ארזים קופ"ג בע"מ

פרטי המעסיק (חובה למלא את כל השדות)

מס' חשבון העמית בקופה	מספר תיק ניכויים של המעסיק	שם המעסיק

כתובת	מיקוד	מס' טלפון	דואר אלקטרוני

הנני/ו להצהיר, כי שילמתי/נו לעובדים המפורטים להלן את הסכומים המפורטים בעד/נו תקופת מחלה לפי הוראות הזכאות כהגדרתן בתקנות מס הכנסה (כללים לאישור ולניהול קופות גמל) התשכ"ד-1946 וכי יש בידי את כל המסמכים הנדרשים להוכחת זכאות העובדים לקבלת הסכומים.

העובד שבגינו משתלמים הסכומים			תקופת מחלה		הסכום ששולם
שם	מספר ת.ז.	* הקירבה - ילד הורה/בן זוג	מיום	עד יום	

נא לזכות/נו את חשבון עו"ש מספר ..... בסניף ..... בבנק ..... * יש לצרף אישור ניהול חשבון.

ידוע לי כי ינוכה מס במקור בשיעור 40% מהתשלום.

* ימולא רק אם דמי המחלה שולמו בגיל מחלת מי שאינו עובד העמית.

שם העמית	מספר החברה / העוסק	תיק ניכויים	חתימה