

אוניברסיטת בר-אילן - יחידת המשכורת
 טל. 03-5318497 פקס 03-7384100
 שאלון אישי (במקום טופס 101)



א. פרטים אישיים

מס' זהות / דרכון	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה

ב.0.

הבנק להעברת המשכורת

שם הבנק	סמל	כתובת הבנק	שם הסניף	מס' הסניף	מס' חשבון

ב. פרטי שירות צבאי, קופת חולים ומס ארגון

מס' אישי	שם קופת חולים	חבר הסתדרות	שם ההסתדרות
	1 כללית	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
	2 לאומית		
	3 מכבי		
4 מאוחדת			
5 אסוף			
6 אחר			

ג. כתובת וטלפון

שם ישוב/עיר	מיקוד	רחוב ומס' בית	חיוג	טלפון

ד. מצב משפחתי

זכר		נקבה		מתאריך
1 רווק	3 גרוש	5 רווקה	7 גרושה	
2 נשוי	4 אלמן	6 נשואה	8 אלמנה	

הערה: גרושה/רווקה שבחזקתם ילדים יצייניו:
 לא אצלי אצלי

ה. פרטי בן/בת זוג

מס' זהות / דרכון	תאריך לידה	שם פרטי	בן/בת זוג עובד/ת
			<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא

ב.0.

הערה: קצבת זיקנה מבטוח לאומי פטורה ממס הכנסה.

פנסיה ממקום עבודה אחר חייבת במס הכנסה ובן/ת הזוג נחשב/ת כעובד/ת.

ו. ילדים שטרם מלאו להם 18 בשנת המס

מס' זהות	תאריך לידה	שם	נ	ז

ז. פרטים על הכנסה נוספת (נא לסמן בכל מקרה. אי מילוי יחשב כהכנסה נוספת)

אני עובד משרה :	מלאה/ חלקית/ חלקית יחידה ומקבל :	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
א. הכנסה אחרת החייבת במס	ב. קיצבת זיקנה מביטוח לאומי	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
ג. קיצבת פנסיה מעבודה		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא

ח. פרטי מחלקה

שם המחלקה בה את/ה עובד/ת	בנין המחלקה	טלפון פנימי

ט. הצהרה

הנני מצהיר/ה בזה כי הפרטים שמסרתי לעיל הינם מלאים ונכונים ומתחייב/ת להודיע למעבידי על כל שינוי שיחול בהם תוך שבוע ימים מתאריך השינוי.	תאריך :
	חתימה :