

## השלמת פרטי חובה לנרשם בלשכה :

שם המטופל : \_\_\_\_\_  
ת.ז.: \_\_\_\_\_  
טלפון : \_\_\_\_\_ נייד : \_\_\_\_\_  
שנת לידה : \_\_\_\_\_  
מין \_\_\_\_\_  
מצב משפחתי : נ , ר , ג , א , חד הורי  
רחוב \_\_\_\_\_ מספר \_\_\_\_\_ ישוב \_\_\_\_\_  
אנשי קשר : שם \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_ קרבה \_\_\_\_\_  
כתובת \_\_\_\_\_  
שפות דיבור \_\_\_\_\_  
גורם מפנה : מ.ס.ד , פרטי , אחר : \_\_\_\_\_  
רשיון העסקה : מספר : \_\_\_\_\_ מתאריך \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_  
תאריך \_\_\_\_\_

יש לצרף לרישום\*\*\*צילום ת.ז. מעסיק / צילום היתר העסקה / טופס רישום ראשוני למעסיק /

## פרטי חובה לעובד

שם העובד \_\_\_\_\_  
מס דרכון \_\_\_\_\_ תוקף \_\_\_\_\_  
תאריך לידה \_\_\_\_\_  
ארץ מוצא \_\_\_\_\_ -  
תאריך כניסה לארץ \_\_\_\_\_  
טלפון בארץ \_\_\_\_\_ נייד \_\_\_\_\_  
מין \_\_\_\_\_ - מצב משפחתי \_\_\_\_\_  
תאריך מתן ויזה \_\_\_\_\_ תוקף ויזה \_\_\_\_\_  
תאריך התחלת עבודה \_\_\_\_\_  
ביטוח רפואי : חברה \_\_\_\_\_ ת.התחלה \_\_\_\_\_  
ת. סיום \_\_\_\_\_

יש לצרף לרישום\*\*\*צילום ביטוח רפואי / טופס רישום ראשוני (לעובד) / צילום דרכון / ויזת כניסה לישראל / ויזה אחרונה שניתנה