

הצטרפות למפלגת העבודה הישראלית כרוכה במילוי טופס אישי לכל מצטרף ובחתימה על גבי ההצהרה המצורפת ובתשלום אישי. החברות תחודש באופן אוטומטי בתום שנה קלנדרית מיום התפקדותך. את הטופס החתום יש לשלוח ל: מפלגת העבודה הישראלית, **בכתובת:** יגאל אלון 53 תל אביב יפו 6706206. **בדוא"ל:** mifkad@havoda.org.il. **בפקס:** 037283616 **טל' לבריורים:** 03-7283606/7

פרטים אישיים

שם פרטי _____ שם משפחה _____ ת.ז. _____

תאריך לידה _____ שם האב: _____ מגדר: זכר נקבה

חובה לעדכן לפחות שני פרטי קשר (כתובת מייל/טלפון סלולרי/טלפון בבית).
בהתאם להוראות אגף מפקד ניתן לשייך למספר טלפון אחד או לכתובת דוא"ל אחת עד חמישה מתפקדים שהינם בני משפחה.

דוא"ל: _____ @ _____

טלפון נייד: _____ מספר טלפון: _____

ישוב: _____ רחוב: _____ מס' בית: _____ מס' דירה: _____ מיקוד: _____

ארץ לידה: _____ שנת עליה: _____ מבקש להצטרף לחוג רעיוני (ציין שם החוג) _____

מעוניין/ת לקחת חלק בפעילות התנדבותית מאשר/ת קבלת עדכונים ממפלגת העבודה

אני הח"מ מבקש/ת להצטרף כחבר/ה במפלגת העבודה הישראלית ומתחייב/ת כי: אני אזרח/ית ישראלי. אינני חבר/ה במפלגה אחרת. מלאו לי 17 שנה. אני מזדהה עם מטרות המפלגה, ומקבל/ת למלא אחר כל החלטות המוסדות המוסמכים של מפלגת העבודה. אני מסכים/ה כי זכויותי וחובותי למפלגה הינן בהתאם לחוקת המפלגה ולתקנוניה.

תשלום

דמי חבר שנתיים (מתחדש באופן אוטומטי).

צעיר/ה עד גיל 25 - 55 ₪ גמלאית החל מגיל 62 - 55 ₪

בוגר/ת עד גיל 67 - 75 ₪ גמלאי החל מגיל 67 - 55 ₪

הנני מצרפ/ת צילום של תעודה מזהה (חובה לצרף צילום של תעודה מזהה או של רישיון נהיגה). הנני מאשר/ת כי כל עוד לא הודעתי בכתב על ביטול חברותי הנני מחוייב בדמי חבר שנתיים. ידוע לי כי לא יוחזר תשלום דמי החברות או תשלום יחסי בגין ביטול החברות או מכל סיבה אחרת. ביטול חברות יעשה בכתב בלבד באמצעות משרדי המפלגה.

תאריך: _____ חתימה: _____

תשלום באמצעות כרטיס אשראי

מס כרטיס אשראי _____ תקופה _____

שם בעל הכרטיס _____ ת.ז. בעל הכרטיס _____

תאריך _____ חתימה בעל/ת הכרטיס _____

הנך רשאי/ת לשלם על בן משפחה מדרגה ראשונה (בני זוג, אב, אם, אחות, בן, בת)

הצהרה בדבר תשלום בעבור אחר

אני החתום/ה על טופס המפקד מצהיר/ה כי אני סמוך על שולחני של אחר, ולפיכך אמצעי התשלום הוא של אחר. כמו כן, התשלום נעשה בידיעתי ובהסכמת. אני החתום מטה מאשר/ת כי אני שילמתי דמי חבר בעבור המוטב (שפרטיו להלן) אני מצהיר כי המוטב הוא:

בן/בת זוגי ילדי/תי אב/אם אחי/אחותי

פרטי המשלם: שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ תעודת זהות: _____

פרטי המוטב: שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ תעודת זהות: _____

תאריך _____ חתימת המשלם _____