



תאריך: _____

ויתור סודיות לנתוני ביטוח לאומי ויפוי כח לנציג עיריית אשקלון

שם המבקש/ת	מספר זהות	מספר נכס
כתובת הנכס	משלם	
טלפון קווי	טלפון נייד:	טלפון כשר : כן / לא
דוא"ל		

אני החתום מטה מאשר בזה כי :

ידוע לי כי אני עשוי להיות זכאי להטבות שונות ברשויות המדינה, הטבות המתבססות על נתוני ביטוח לאומי לשם מתן הטבה, והריני מודיע בזה על הסכמתי להעביר כל מידע שבידי המוסד לביטוח לאומי בדבר זכאותי לכל גמלה, לשם תכלית זו, ובלבד שהמידע המועבר כאמור ישמש רק לצורך מתן הטבה על ידי הרשות אלה מועבר המידע.

אני משחרר בזה את המוסד לביטוח לאומי /ו/ או כל עובד מעובדיו וכן את עיריית אשקלון /ו/ או כל עובד מעובדיה מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע לגמלאות המשתלמות לי כאמור ומתיר לכם בזאת מתן מידע לגבי לרבות מידע על תשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי .

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור. בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א -1981.

שם המבקש/ת _____ תעודת זהות _____ חתימה _____ תאריך _____