

תאריך: _____
שם העובד/ת: _____
מס' ת.ז.: _____
יחידה: _____
טלפון נייד: _____

הצהרת חבר/ת הסגל :

ידוע לי כי ארגון הסגל האקדמי הבכיר של אוניברסיטת חיפה ("הארגון") הינו עמותה בה מאורגנים חברי הסגל האקדמי המועסקים על ידי אוניברסיטת חיפה ומשתייכים לסגל ההוראה והמחקר של אוניברסיטת חיפה, מדרגת מרצה ומעלה ובדרגות המקבילות, **בהתאם להסכמים קיבוציים כלליים ומיוחדים** ובהם הוראות לעניין ניכוי והעברת דמי חבר ודמי טיפול מקצועי ארגוני לארגון הסגל בהיותו הארגון היציג של הסגל האקדמי הבכיר באוניברסיטה (הסכם קיבוצי מספר 116/2013).

ידוע לי כי הנני רשאי/ת לבחור באחת מן האפשרויות הבאות:

תשלום בעבור דמי חבר – תשלום שמשמעו הצטרפות כחבר/ה מן המניין לארגון הסגל האקדמי הבכיר, הצטרפות הכוללת קבלת הזכויות והחובות הנובעות מחברות זו וכן את השירותים וההטבות להם זכאים חברי הארגון. הנני מבקש לנכות ממשכורתי (שכר משולב) 0.42%, מידי חודש, דמי חבר לארגון הסגל האקדמי הבכיר.

תשלום בעבור דמי טיפול מקצועי-ארגוני (להלן: "דמי טיפול") – תשלום בעבור הגנה וייצוג חבר הסגל בכל הנוגע לזכויותיו בתחום יחסי העבודה. חבר סגל שיבחר לשלם רק דמי טיפול לא ייהנה מכלל ההטבות והשירותים להם זכאי חבר סגל שמשלם דמי חבר. הנני מבקש לנכות ממשכורתי (שכר משולב) 0.32%, מדי חודש, דמי טיפול לארגון הסגל האקדמי הבכיר.

חתימת חבר הסגל

העתק : אגף משאבי אנוש, סגל אקדמי
מחלקת שכר, סגל אקדמי