

המוסד לביטוח לאומי
מערכת ייצוג לקוחות
באינטרנט

6094 ..

ט ו פ ס
ייפוי כוח
למייצג/ת

יש לשלוח את הטופס
החתום
לפקס: 02 6463300
או בדואר אל:
המוסד לביטוח לאומי
החטיבה לשירותים
טכנולוגיים
שד' וייצמן 13
ירושלים מיקוד: 9543707

מס' תיק מייצג/ת
(לשימוש משרדי בלבד)

תאריך הדפסה:
מועד אחרון להגשה:

.....

מס' אסמכתא:

עפ"י חוק הביטוח הלאומי (ייצוג בפני המוסד, סעיף 386) -
"לא ייוצג אדם בפני המוסד אלא ע"י עורך דין, רואה חשבון, יועץ מס, ידיד קרוב, נציג ארגון עובדים או מעבידים, נציג ארגון
של ישובים חקלאיים, או אדם אחר שנתקיימו בו התנאים שנקבעו לכך".

פרטי המשרד המייצג/ת:

שם המשרד: מוסנזון שי - רוח'	מס' תיק ניכויים: 0	מס' עוסק מורשה: 32526493
שם המייצג/ת: מוסנזון שי	תואר המייצג/ת: רואה חשבון	מס' זהות המייצג/ת: 32526493
כתובת המשרד: וייצמן 12	ישוב: גבעתיים	מיקוד: 5339001
תא דואר:	ישוב תא דואר:	מיקוד תא דואר:
מס' טלפון משרד: 0-	מס' פקס' משרד: 0-	

פרטי המבוטח/ת:

שים לב !!!
טופס שאינו חתום
לא יטופל.

רחוב:	
ישוב:	מיקוד:
מס' טלפון: -	

מידע בנושא ביטוח וגבייה למבוטח/ת

אני החתום מטה מייפה בזה את כוחו של המייצג/ת לייצג אותי מול הביטוח הלאומי לעניין דמי ביטוח והכנסות וכן הזרמת דוחות ופרטים אחרים לעניין עיסוקים, הכנסות ותשלום דמי ביטוח.

X _____
חתימת המבוטח/ת

מידע בנושא גמלאות למבוטח/ת

אני הח"מ מייפה בזה את כוחו של המייצג/ת לקבל בשמי ובעבורי מאת המוסד לביטוח לאומי ו/או מאת עובד מעובדיו ו/או מאת כל אדם או גוף הבאים בשמו ומכוחו של המוסד לביטוח לאומי, כל מידע, פרטים ומסמכים המצויים ברשותם והנוגעים אלי, בין במישרין ובין בעקיפין, לגבי גמלאות, בכסף או בעין, ותשלומים אחרים שהגיעו לי, או המגיעים לי או העשויים להגיע לי מאת המוסד לביטוח לאומי ולגבי תביעות שהגשתי לקבלת גמלאות ותשלומים כאמור לרבות סוג הגמלה, סכום הגמלה, הבסיס לחישובה ורכיביה, תקופות תשלום ומועדי התשלום, יתרות לזכות ולחובה לגבי גמלאות ותשלומים כאמור.

כן רשאי מייפה כוחי, לקבל מידע ופרטים לגבי הטיפול בתביעתי לרבות העתקים של כתבי התביעה, שלב הטיפול בתביעה, ההחלטות שניתנו והמידע ששימש תשתית להחלטות כאמור, והכול למעט מידע רפואי, תפקודי, שיקומי או סוציאלי הכלול והכרוך בהם.

הריני משחרר(ת) ופותר(ת) בזה את המוסד לביטוח לאומי ו/או כל עובד מעובדיו ו/או כל אדם או גוף הבאים מכוחו של המוסד לביטוח לאומי מחובת השמירה על סודיות המידע שלפני כל דין. ועל כן לא תהיה לי כל טענה ותביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע כאמור, כלפי המוסד לביטוח לאומי ו/או אל עובדיו ו/או הבאים מכוחו.

X _____
חתימת המבוטח/ת

ייפוי כוח זה מהווה הסכמה לעניין חוק הגנת הפרטיות תשמ"א - 1981 למסור מידע כאמור למייצג שלעיל ולכל מורשה לשימוש כמשמעותו בהסכם שבין המייצג לבין המוסד לביטוח לאומי. לידעתך, ייפוי כוח זה מבטל כל ייפוי כוח קודם אם הוגש כזה. תוקף ייפוי כוח של מי שהינו שכיר בלבד הינו לשנתיים מיום ההזנה.



בקשה לרישום ייצוג ראשי / מתן ייפוי כוח

מספר בקשה/אסמכתא

ייצוג ראשי

ייפוי כח זה נועד לקליטת מייצג ראשי בלבד

יש להחתים את הלקוח ע"ג הטופס, לחתום עליו, לסרוק, ולצרף למערכת הממוחשבת
לפרטים נוספים יש לפנות למרכז המידע והשירותים המקוונים בטלפון: *4954, 02-5656400

א. ייפוי כוח

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	מספר טלפון נייד
כתובת		כתובת דואר אלקטרוני	
שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	
שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	032526493
שם המייצג	סוג המייצג	רואה חשבון	מספר המייצג

מייפה/ים בזה את כוחו של _____ מוסנזון שי _____ רואה חשבון _____ מספר זהות _____
ושל כל עובדיו הרשאים לייצג נישומים על פי כל דין להיות בא כוח/ינו ולפעול בשמי/נו בכל פעולה שהינה בסמכותו לפי החוק.
בקשר לכל אותן הפעולות שאני/אנחנו רשאי/ים וחיובים לעשותן לפי פקודת מס הכנסה, חוק מע"מ וחוק מס רכוש לרבות פשרה
בנוסף לכך, לאפשר מתן הוראות לחייב את חשבון הבנק שלי/שלנו לטובת רשות המסים בהתאם לדיווחים שלי/שלנו
ייפוי כח זה יהיה תקף לתקופה של 24 חודשים בלבד (מיום קליטתו או מיום חתימתו, לפי המאוחר) או עד שאודיעכם/נודיעכם על
ביטולו, לפי המוקדם, כל עוד הוא מיועד לטיפול בהחזר מס ליחיד שאינו חייב בהגשת דו"ח (סוג תיק 9.1).
במקרים אחרים ייפוי כוח זה תקף כל עוד לא אודיעכם/נודיעכם על ביטולו.
כל פעולה שתעשה ע"י המייצג מחייבת /מזכה לפי העניין, אותי/אותנו האחריות שלא לחרוג מהרשאה זו היא על המייצג.
לתשומת לבך/לבכם: גם אם הטופס חתום ע"י "בן הזוג הרשום" בלבד, ללא חתימת בן הזוג השני, יראו במס הכנסה ובניכויים את
החותם כמי שהצהיר שבידו ייפוי כוח מבן/ת זוגו לחתום בשמו, וזאת בהתאם להוראות ס' 144 לפקודת מס הכנסה.
 אני/אנחנו מאשר/ים לרשות המסים לשלוח הודעות באמצעות מסרון (sms) או לתיבת הדואר האלקטרוני.

תאריך	חתימת "בן זוג רשום"/העוסק	חתימת בן/בת הזוג/העוסק
-------	---------------------------	------------------------

ב. רישום ייצוג ראשי

<p>מהות הדיווח</p> <p>הפסקת ייצוג <input type="checkbox"/></p> <p>רישום ייצוג <input checked="" type="checkbox"/></p>	*	שם הנישום	מספר תיק במס הכנסה
	*	שם העוסק	מספר עוסק במע"מ
	*	שם בעל תיק הניכויים של הישות	מספר תיק ניכויים של הישות
<p>אם טרם נפתח התיק יש לרשום מספר ישות</p>			
<p><input checked="" type="checkbox"/> אני מאשר שייפוי הכוח המקורי עליו חתמו הנישום ו/או בן/ת זוגו נמצא במשרדי.</p>		שם מוסנזון - רואה חשבון	שי מוסנזון
תאריך	שם משרד המייצג	חתימה וחתימת	רואה חשבון

דברי הסבר והנחיות למילוי

טופס זה מיועד לרישום מייצג ראשי במרשם המייצגים, המאפשר רישום מייצגי נישומים/עוסקים עפ"י פקודת מס הכנסה וחוק מס ערך מוסף וכן רישום מיוצגים במערכי המס: מס הכנסה, ניכויים, מע"מ ומס רכוש

א. ייפוי כוח

חלק זה ימולא ע"י הנישום/העוסק פעם אחת, בעת התקשרות חדשה בין המייצג הראשי למיוצג ויהיה בר-תוקף רק עם חתימתו וכל עוד לא הודיע הנישום/העוסק או המייצג בכתב על ביטולו.

אם ייפוי כוח זה מיועד לטיפול בהחזר מס ליחיד שאינו חייב בהגשת דו"ח (סוג תיק 9.1), תוקף ייפוי הכוח הינו ל - 24 חודשים לכל היותר. כמו כן תוקף ייפוי הכוח יפוג אם יחול שינוי בסוג התיק, או אם התקבל הודעה על ביטולו. במקרים אלה יש צורך בייפוי כוח חדש להמשך הייצוג.

ב. רישום הייצוג הראשי

חלק זה ימולא ע"י "המייצג הראשי" המבקש לקלוט ייפוי כוח עבור מיוצג בהתאם למערכי המס המתאימים
* לתשומת ליבך, הייצוג יכנס לתוקף בהתאם לכללים, ולאחר פתיחת התיק במשרד המס.

תאריך:

לכבוד:

שם _____ ת.ז. _____

הנדון: הצעת התקשרות למתן שירותי החזרי מס

להלן השירותים אשר יינתנו ע"י משרדנו ליחיד ו/או בן/ת זוג

- ביצוע בדיקת החזרי מס**
 - קליטת ייצוגים במס הכנסה וביטוח לאומי.
 - איסוף נתוני שכר – טפסי 106 ואישורי הכנסות מביטוח לאומי (אבטלה, דמי לידה וכו').
 - איסוף אישורים בשם הלקוח מאתרים שונים ולצורך ביצוע החזר מס בלבד (אישור שחרור מצה"ל, אישורי הפקדות לביטוח חיים וכו').
 - בדיקת נתוני ההכנסות בששת השנים האחרונות לצורך מציאת החזרי מס.
 - עריכת דוחות למס הכנסה, הגשתם, בדיקתם ומעקב אחר הכספים עד שיוחזרו לחשבון בנק הלקוח.
 - השירות ייעשה באופן יזום על ידי משרדנו **גם בשנים הבאות**, וללא צורך בבקשה מצד הלקוח. במידה ויימצא החזר – ניצור קשר להגשת בקשה להחזר נוסף.

2. שכר הטרחה בגין הגשת הבקשה להחזר הינו:

15 % + מע"מ
או 400 ₪ + מע"מ, הגבוה מבניהם.

במידה ולאחר הבדיקה לא יימצא החזר, לא ייגבה שכר טרחה בגין הבדיקה

- (*) שכר הטרחה יחושב על פי גובה החזר שהתקבל בפועל, לא כולל קיזוזים בגין חובות שיתכן ונוצרו ללקוח עקב פעילויות קודמות מול המוסדות.
- (**) הגביה תתבצע לאחר כל העברת כספים ממס הכנסה ללקוח (לא יאוחר מ – 3 ימי עסקים לאחר קבלת החזר בבנק הלקוח).
- (***) בשום מקרה שכר הטרחה לא יהיה גבוה מסכום החזר.

בכבוד רב,

שי מוסנזון
רואה חשבון

אישור הלקוח

בחתימתי מטה הריני ממנה בזה את רואה חשבון שי מוסנזון ו/או מי מטעמו להיות בא כוחי ולפעול עבורי בעניין ביצוע בדיקת החזרי מס (כמוגדר בסעיף 1 בהצעה) ואת הסכמתי לשכר הטרחה.

חתימה: