



אוניברסיטת בר-אילן
Bar-Ilan University

תאריך _____

שם העובד/ת _____ ת.ז. _____

כתובת דואר אלקטרוני _____

מאשר/ת שקיבלתי את הטופס עם המידע לגבי זכויותיי.

ידוע לי שאני זכאי/ת ל:

- קרן פנסיה
- קרן השתלמות

חתימת העובד/ת _____

*****את הטופס החתום יש להעביר אל הפקולטה, או להעביר למייל של לשכת סמנכ"ל משאבי אנוש.**