

לכל מאן דבעי

הנדון: אישור סיום העסקה – מר' מסרי אלקרינאוי ת.ז. 326096526

הרינו לאשר כי מר' מסרי אלקרינאוי ת.ז. 326096526 הועסק בחברתנו, טלזר 019 שירותי תקשורת בינלאומיים בע"מ בתפקיד "נציג תמיכה טכנית" מתאריך 03/08/2025 ועד לתאריך 07/08/2025 כולל.

העובד הועסק במשרה מלאה לפי שעות.

העובד עבד במהלך השבוע באופקים.

פרטי המעסיק:

טלזר 019 שירותי תקשורת בינלאומיים בע"מ

ח.פ. 514384197

כתובת החברה: אירוס 14, אריאל 4070006

מספר תיק ניכויים: 25336562

בברכה

ליאת שרף

מנהלת משאבי אנוש

טלזר 019
שירותי תקשורת בינלאומיים בע"מ

עמוד 5 מתוך 6

3 2 6 0 9 6 5 2 6

נא למלא מספר תעודת זהות

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)									
מס' זהות / דרכון									
סוג דפים המסמך									
03									

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אבטלה



אישור המעסיק על תקופת ההעסקה ועל השכר

פרטי המעסיק					
שם המעסיק			טלזר 019 ש.תקשורת בע"מ		
מספר תיק ניכויים			9 2 5 3 3 6 5 6 2 0 0		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
איריס 10				אריאל	4070006
טלפון קווי		טלפון פקס		דואר אלקטרוני	
0 7 9 9 9 9 7 0 2 6		0 3 5 5 8 6 8 0 9		@019MOBILE.CO.IL	
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

פרטי העובד השכיר					
אנו מאשרים בזה שהרשום מטה הועסק על ידינו כעובד שכיר, ועבודתו הופסקה, בהתאם לפרטים הרשומים מטה:					
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תקופת העסקה	עד תאריך:	שם תאריך:
אלקראני	מסרי	3 2 6 0 9 6 5 2 6	0 3 0 8 2 0 2 5	0 7 0 8 2 0 2 5	יום חודש שנה
הסיבה להפסקת העבודה: ☐ פיטורין ביוזמת המעסיק ☐ פרישה לפנסיה - ביוזמת המעסיק ☒ יציאה לחל"ת ביוזמת המעסיק ☐ פרישה לפנסיה - ביוזמת העובד ☐ יציאה לחל"ת ביוזמת העובד ☒ סיבה אחרת. נא לפרט: נטישה					
למי שנמצא בחל"ת, ציין תקופת חל"ת			הערות לסיבה להפסקת העבודה		
מ _____ עד _____			_____		
מספר ימי חופשה שנותרו					
שכר שולם על בסיס	מספר ימי עבודה בשבוע	מספר שעות עבודה ביום	עבודה במשמרות	עובד בשבת/חג	זכאי לקצבת פרישה
☒ יומי ☐ חודשי ☐ אחר	☒ 40 שעות ☐ 36 שעות ☐ אחר	☒ כן ☐ לא	☒ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא
שולם תשלום בגין אי מתן הודעה מוקדמת (ימים/חודשים):					
עד תאריך:		האם העובד מוגדר כיום או היה מוגדר בעבר במס הכנסה כבעל שליטה בחברת מעטים (כהגדרתו בסעיף 32 לפקודת מס הכנסה)			
שנה חודש יום		☒ כן ☐ לא			
השכר שולם ☒ בבנק ☐ בהמחאה ☐ במזומן ☐ אחר					
קיימת קרבה משפחתית בינך לבין העובד. ☐ כן, מסוג ☐ לא ☒					

הצהרת המעסיק	
אני מצהיר בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים לעבודתו של העובד כנדרש בחלק זה.	
תאריך 11/09/2025	חתימת החותם ותפקידו * ליאת משאבי אנוש
חתימה וחותמת המעסיק/המפעל	

שירותי תקשורת ביטוח לאומי
טלזר 019
מס' זהות 3 2 6 0 9 6 5 2 6

III

פרטים על העבודה ועל השכר

- יש למלא פרטים על עבודת השכיר ועל השכר ב-12 חודשים לפחות מתוך 18 החודשים שקדמו למועד הפסקת העבודה, כולל חודש עבודה אחרון.
- אם העובד הועסק בשנה וחצי האחרונה 12 חודשים או יותר, אפשר להסתפק ברישום 12 החודשים האחרונים.
- אין לכלול רכיבי שכר שאינם חייבים בדמי ביטוח לאומי ואין לכלול תשלומים שניתנו לעובד אחרי ניתוק יחסי עובד-מעביד.

מספר זהות 0 0 3 2 6 0 9 6 5 2 6

פרטי העובד השכיר		שם משפחה		שם פרטי		מסרי		מספר זהות	
אלקראוי								00326096526	
מס'	בשנה/ בחודש	השכר ברוטו החייב בדמי ביטוח בש"ח כולל הפרשים ותשלומים נוספים	דמי ביטוח שנוכו	אחוז המשרה	מספר ימי עבודה שבעבורם שולם שכר כולל ימי חג, ימינוחה וימי חול	מס' ימים	היעדרויות שבעבורן לא שולם שכר		
1	08/2025	1438	15	100%	5				
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									

IV

פירוט תשלומים חד-פעמיים והפרשים שנכללו בשכר

"הערה: השכר ברוטו, החייב בדמי ביטוח כולל תשלומים נוספים המיוחסים לחודשים הנדרשים, לאחר הפעלת כללי הפריסה של "תשלום נוסף" בהתאם לתקנות. שיטת דיווח זו אושרה ע"י המוסד לביטוח לאומי."

סלון 019
מילאומיים בע"מ

סיבה אחרת לשינויים בשכר -

חתימה וחותמת המעסיק / המפעל

שירותי הקשורת 019 ע.ת.קשורת בע"מ