

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)
RAMAT GAN, 5252204
Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)
רמת גן 5252204
טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

2.9.20

מ.ל.ב.

לצרכי מו"מ לפשרה בלבד
בדוא"ל ובפקס

לכבוד
טלי ששון, עו"ד
מחלקת תביעות
שלמה חברה לביטוח בע"מ
ובפקס : 03-6032693

ח.נ. שלום רב,

הנדון : אחמד ביטוני, ת.ז. 34064667
ת.א. 19-07-46190, מספרכם : 201000003505

הריני מאשר קבלת מכתבך מיום 9.8.20 והנני מתכבד להשיבך כדלקמן :

1. נסיבות התאונה מפורטות כדבעי בטופס ב.ל. 250 ובל211 (העתקס רצ"ב).
2. פרטי הנהג לא מצויים ברשותי, המידע מסתמך על חקירה שביצעה קרנית (מכתבה צורף כנספח 1 לכתב התביעה ומצורף בשנית).
3. מצ"ב תלושי שכר עובר לתאונה, מכתב מטעם המעביד ותלושים לאחר התאונה.
4. אודה לעיונדך ולקבלת עמדתך העניינית לסילוק התביעה. לחילופין, אודה להגשת כתב הגנה.

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד

עמוד 1 מתוך 2

תאריך קבלת הטופס בקופה									
שנה		חודש		יום					

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות – ביטוח נפגעי עבודה



בקשה למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה

מעסיק נכבד, נא עיין בדברי ההסבר שבעמוד 2 לפני מתן הטופס

1 פרטי המעסיק

שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד א.ל. נ.כ. חסל קניאלי/ג. קל	מספר תיק ניכיים 943 1999 19	טלפון קווי 02 584 9931
רחוב / תא דואר חיים קין	מס' בית 2	טלפון פקס 02 585 2404
מיקוד 9758701	יישוב יניסאן	

לכבוד קופת חולים / בית חולים

נא להגיש עזרה רפואית ל: ☒ עובד ☐ מתנדב ☐ עובד זר ☐ אחר

2 פרטי התובע

שם משפחה קיסוני	שם פרטי אחמאד	מין ☒ זכר ☐ נקבה	מספר זהות / דרכון 034064667
כתובת רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
טלפון קווי	טלפון נייד 0542173493		
מיקוד	יישוב		

3 פרטי התאונה

נפגע בתאריך 15/01/2018	בשעה 12:00	כאשר עבד ב סוג העבודה מאונך
מקום התאונה: ☐ במפעל ☐ ת. דרכים בעבודה ☐ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☒ אחר		
כתובת מקום התאונה תאור התאונה האיר שפגע		
שם המאשר ותפקידו א.ש. כהן חשמל		
תאריך 17/1/18		

4 למילוי ע"י המוסד הרפואי

☐ הנפגע חבר בקופת חולים ☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית

☐ הנפגע אינו חבר בקופת חולים

☐ מהות התאונה (אבחנות רפואיות):

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

**תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה**

[illegible]פרוי החורבן

פרגון מרוס ביינוסד

4

בל/ 211 (07.2016)

5 סיוע בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☒ לא ☐ כן,

הגוף המסייע: ☐ עו"ד ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים

שם הגוף המייצג או המסייע: _____

6 פרטים על תאונת דרכים

האם נמסרה הודעה על התאונה למשטרה?

☐ לא ☐ כן,

(אם כן, חובה לצרף דוח משטרה)

האם נפגעת בהיותך:

☐ הולך רגל

☐ מוסע ברכב

☐ מלגזה ☐ טרקטור ☐ אופנוע

☐ פרטי

☐ מונית

☐ אחר, פרט

*לנהג מונית נא לצרף העתק מהסכם שכירות זכות

ציבורית ורישיון רכב.

סוג הרכב המעורב בתאונה:

הרכב בבעלות:

☐ פרטית ☐ מקום העבודה ☐ חברת השכרה/ ליסינג (יש לצרף עותק ההסכם)

☐ רכב ציבורי ☐ אחר _____

במידה ונפגעת מרכב ציבורי, נא לציין את שם החברה _____ ומספר הקו _____

פרטי הנהג

שם ומשפחה

מספר זהות / דרכון

ס"ב

מספר זהות / דרכון

ס"ב

מספר זהות / דרכון

ס"ב

נוסעים נוספים ברכב:

שם ומשפחה

מספר זהות / דרכון

ס"ב

האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח?

☐ לא ☐ כן, נא לצרף העתק

מהודעתך לחברת הביטוח

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת פיצויים נגד חברת הביטוח או צד ג'?

תביעה נגד _____ שם העו"ד המטפל _____

כתובתו _____

טלפון _____

פקס _____

דואר אלקטרוני _____

התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר _____

מס' תיק אזרחי _____

פרטים על תאונה במדקין

סוג התאונה במדקין ☐ נפילה ממקום גבוה ☐ נפילה במדרגות או במדרכה פגומה ☐ התחשמלות ☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר ☐

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת נזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לפגיעה? ☐ לא ☒ כן, תביעה נגד אלי כהן חשאי נזק ואין אחריות שם עורך הדין המטפל אלי כהן

כתובתו מס' טלפון דואר אלקטרוני מס' פקס

האם יש ברשותך תמונות ממקום הנפגע? ☐ לא ☒ כן

התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר מס' תיק אזרחי

פירוט העיסוקים

לפני הפגיעה

אם בשלושת החודשים שלפני הפגיעה לא עבדת, נא סמן את הסיבה:

☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת ☐ * נא לצרף אישורים מתאימים

☐ קיבלת גמלה מהמוסד לביטוח לאומי, (כגון: אבטלה, מילואים, נכות, זקנה וכו') סוג הגמלה

☐ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף * נא לצרף אישורים או תלושי שכר לשלושת החודשים הנ"ל

לאחר הפגיעה

לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה ☒

מספר	שנה	חודש	יום	שעה	דקות	מספר	שנה	חודש	יום	שעה	דקות
1						2					
3						4					
5						6					
7						8					
9						10					

חזרתי לעבודה מלאה בתאריך ☐ טרם חזרתי לעבודה ☒ לא נעדרתי מהעבודה ☐

שעות עבודתי במשלה ידי או בעבודתי לפני הפגיעה 7:00 עד שעה: 16:00 ☐ עבודה ☐

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל מניות בחברה בלבד

יש להמציא הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בנק, צילומי המחאות ועוד)

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת בפועל)

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת)

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות)

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך שם פרטי ומשפחה חתימה

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיוגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

ביטוני אהמד

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
בנק הפועלים בע"מ	הגבעה הצרפתית: ההגנה 21	784	352852

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבוני הפרטי
אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל /או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

תאריך 24/1/18 חתימת מקבל התשלום * אריאל

11

פטור ממס הכנסה - יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה

☐ עיוור/ נכה 100%

☐ פטור חלקי *

12

הצהרת התובע/מגיש התביעה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.
ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר. ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.
כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

תאריך 24/1/18 חתימת התובע * אריאל
פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	קרבה לתובע

☐ אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט

דואר אלקטרוני:

@

מאשר קבלת הודעות SMS ☐ כן ☐ לא

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: "פיו כח", צו אפטרופסות, פסק דין או ויתור סודיות - יש לצרפם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:

שם העד לחתימה
מספר זהות
ס"ב

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

פרטים על פגיעה מחוץ למפעל

13

☒ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה
 מקום הפגיעה: ישראל . שעת הפגיעה: 12:00
 המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: ישראל
 האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? ☐ לא ☒ כן בדרך כלל מועסק ב: _____
 האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? ☐ לא ☒ כן
 1. שם מחמד זקאויס . ת.ז. 80806714
 2. שם אחמד זקאויס . ת.ז. 086091956

תפקיד הנפגע במפעל <u>דובר גאולה (מט)</u>	מטרת יציאתו מחוץ למפעל <u>סעודה בחור</u>	שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת <u>אחמד זקאויס</u>	תפקידו <u>מנהל</u>
שעת היציאה <u>8:00</u>	שעת החזרה הצפויה <u>17:00</u>		

☐ פגיעה בדרך לעבודה
 באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? _____ איזו משמרת? _____ הכתובת שבה היה אמור לעבוד? _____
☐ פגיעה בדרך הביתה
 באיזו שעה סיים את העבודה? _____ האם סיים בשעה הקבועה? ☐ כן ☐ לא, הסיבה ליציאה המוקדמת: _____ הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו _____

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

14

שם המפעל / המעסיק _____ מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי _____
 א.ש. כהן חשמל בניה ותקשורת
 תאריך תחילת עבודה: 01/08/2007 מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☒ יומי ☒ חודשי
 היקף המשרה ב- % 100 מספר ימי העבודה בשבוע: 5
☐ אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות _____
 ממתי עד מתי נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה? ☐ כן ☐ לא
 בטבלה שלהלן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החד פעמיות, ההפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

החודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא	שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו	שם התשלום
חודש 12/2017	22	☐ חודשי ☒ יומי	7,929		
חודש 11/2017	22	☐ חודשי ☒ יומי	7,929		
חודש 10/2017	22	☐ חודשי ☒ יומי	7,929		
חודש 09/2017	22	☐ חודשי ☒ יומי	7,929		

☒ העובד שב לעבודה בתאריך _____ ☐ העובד לא שב עדיין לעבודה.
☐ העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: ☒ כן ☐ לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____
 סיבת הפסקת העבודה: _____
 שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר: מ.מ.ל. - תל אביב

15

פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעסיק/קרן דמי מחלה

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעסיק? (נכון ליום הפגיעה)

- ☐ כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: _____
- ☐ לא, ☐ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו ☐ לא נצברו ימי מחלה ☐ אחר _____
- ☐ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקרן לדמי מחלה _____
- (שם הקרן)

הצהרת המעסיק

16

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו בטופס התביעה הם נכונים לפי מיטב ידיעתנו, פרט ל: נא לפרט את ההסתייגויות, אם ישנן, בעניין הפגיעה.

כן אנו מאשרים כי התובע הועסק כעובד במפעל / במקום העבודה בזמן הפגיעה בעבודה

תאריך 24/01/2018 תפקיד החותם מנכ"ל שם החותם שמעון כהן חתימה וחותמת א.ש. כהן * חשמל בניה ותקשורת בע"מ

פרטים משלימים למעסיק מורשה/ מאושר

17

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____ ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.

☐ העובד אינו נכלל עם העובדים שבעבורם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.

מעסיק מאושר לפי סעיף 343:

☐ אני מעסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)

קיבוצ:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחותמת *

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך הפגיעה
60	034064667	15/01/2018
שם משפחה	שם פרטי	שנה חודש יום
דמיון	אחמד	
חבר בקופת חולים		
☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך 24/1/18 חתימת המבוטח * אחמד



קרנית קרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים

תאגיד - לפי חוק פיצויים לנפגעי תאונות דרכים תשל"ה: 1875
 דרך מנחם בגין (דרך פית) 23, מגדל לווינסטין (קומה 17) ת"א 6818356
 טלפון: 08-1111886-08 פקסימילית: 08-1111867-08 תד: 37505 מיקוד: 6137401
 מייל מח' תביעות: tvitot@karmit.co.il מייל תביעות שיכור: tvitot@karmit.co.il

א' סיון, תש"פ

24 מאי, 2020

מספרנו: 329087

נפגע מס': 1

מבלי לפגוע בזכויות

ומבלי לפגוע בטענות התיישנות

לצורכי מו"מ בלבד

בפניה נא לחייג שלוחה 2142

בטיפול ענבל סעדיה קונסטנטיני, עו"ד

באמצעות פקס 077-3180983

לכבוד

אריאל פרייברג - עו"ד

לידי עו"ד אריאל פרייברג

אבא חלל 7

רמת גן

ח.ג.

הנדון: אירוע מיום: 15/01/2018

הנפגע/ת: ביטוני אחמד

סימובין: ת.א. שלום הרצליה 19-07-46190

1. עם תום בדיקות מעמיקות מטעמנו, הריני להודיעכם כי הכלי המעורב באירוע הנטען, מחפרון 153708, נושא ספרת ביקורת 1 ובוטח במועד האירוע בחברת "שלמה", לפי פוליסה שמספרה 110239505817 לתקופה 26.7.17-31.7.18 ועל שם המבוטח "א.ח. כלפון בע"מ".
2. בנסיבות אלה, נא חפנו דרישתכם אל המבטחת ואשרו בהמשך כי הנכם פועלים לדחיית התביעה נגד קרנית.
3. אין באמור משום

בכבוד רב

ענבל סעדיה קונסטנטיני, עו"ד

מחלקת תביעות

תלוש משכורת לחודש 10/2017

שם החברה
א.ש.כהן חשמל בניה ותקשורת
חיים קהן 2, ירושלים 97587

תיק ניכויים
943199919
מספר תאגיד - 513161182

מס' עובד	מחלקה	שם עובד	תעודת זהות	דרגה	דרגה	תחילת עבודה
29	29	אחמד ביטוני	034064667			01/06/07
תעריף	תעריף יום	תעריף שעה	ימי עבודה	שעות עבודה	בנק	סניף
			22	176	12	784
תאור התשלום	כמות	תעריף	אחוז	נטו לגילום	סכום התשלום	חשבון
שכר יסוד	1.00	7,500.00		7,500.00	6,639.00	352852
נסיעות	1.00	500.00			500.00	
פדיון חופשה	1.00	455.00			455.00	
דמי הבראה	1.00	350.00			350.00	
חגים	1.00	400.00			400.00	
ביגוד	1.00	40.00			40.00	
מס' עובד	מחלקה	שם עובד	תעודת זהות	דרגה	דרגה	תחילת עבודה
29	29	אחמד ביטוני	034064667			01/06/07
מס' עובד	מחלקה	שם עובד	תעודת זהות	דרגה	דרגה	תחילת עבודה
29	29	אחמד ביטוני	034064667			01/06/07

חייב מ.ה. 8,384.00

חייב ב.ל. 7,929.00

סה"כ תשלומים 8,384.00

סה"כ ניכויים 884.00

שכר נטו 7,500.00

נטו לתשלום 7,500.00

ניכוי חובה	הסכום	ניכוי רשות	יתרה	כמות	סכום
ביטוח לאומי	172.00				
דמי בריאות	286.00				
מגדל מקפת פנסיה	426.00				
סה"כ	884.00	סה"כ			

הערות:

נתונים מצטברים

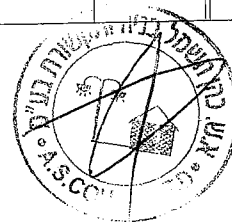
ניהול העדרויות

סוג העדרות	יתרה קודמת	ניצול	יתרה	תשלומים	ניכוי ס' 47	דמי חבר/טיפול
חופש		0		שכר שווה כסף	74,837	חייב ב.ל. 70,763
				חייב מ.ה.	74,837	קופ"ג מעביד 4,083.00
				מס הכנסה	3,917	קופ"ל מעביד 0.00
				ביטוח לאומי	3,772	פיצויים מעסיק 3,772.00
				גמל 35%		
				ק. השתלמות		

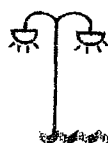
בתאריך 21/01/2018

בוצע ע"י: א.ש.כהן בע"מ

באמצעות שיקלולית מבית ט.מ.ל. - תוכנת השכר המובילה במדינה



בס"ד



א.ש. כהן חשמל, בניה ותקשורת בע"מ

יום חמישי 15 מרץ 2018

לכל המעוניין

הנדון : אחמד ביטוני ת.ז. 34064667

העובד שבנדון אינו עובד בחברה מאז שנפגע בעבודה בתאריך 15/01/2018 ועד היום 15/03/18.

בכבוד רב,

א.ש. כהן
חשמל, בניה ותקשורת בע"מ

תלוש משכורת לחודש 10/2018

תיק ניכויים
943199919 ב.ל.
943199919 מ.ה.
מספר תאגיד - 513161182

שם החברה
א.ש.כהן חשמל בניה ותקשורת
חיים קהן 2, ירושלים 97587

מס' עובד	מחלקה	שם עובד	תעודת זהות	דרגה	דרוג	תחילת עבודה																																																																													
29	29	אחמד ביטוני	034064667			01/06/07																																																																													
תעריף	תעריף יום	תעריף שעה	ימי עבודה	שעות עבודה	בנק	סניף																																																																													
			22	176	12	784																																																																													
תאור התשלום	כמות	תעריף	אחוז	נטו לגילום	סכום התשלום	חשבוני משולם לבנק																																																																													
שכר יסוד	1.00	8,300.00		8,300.00	6,720.00	352852																																																																													
אחזקת רכב	1.00	1,300.00		1,300.00	1,300.00																																																																														
פדיון חופשה	1.00	455.00		455.00	455.00																																																																														
דמי הבראה	1.00	350.00		350.00	350.00																																																																														
חגים	1.00	400.00		400.00	400.00																																																																														
ביגוד	1.00	60.00		60.00	60.00																																																																														
<table border="1"> <tr> <td>מס' עובד</td><td>מחלקה</td><td>שם עובד</td><td>תעודת זהות</td><td>דרגה</td><td>דרוג</td><td>תחילת עבודה</td></tr> <tr> <td>29</td><td>29</td><td>אחמד ביטוני</td><td>034064667</td><td></td><td></td><td>01/06/07</td></tr> <tr> <td>תעריף</td><td>תעריף יום</td><td>תעריף שעה</td><td>ימי עבודה</td><td>שעות עבודה</td><td>בנק</td><td>סניף</td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td>22</td><td>176</td><td>12</td><td>784</td></tr> <tr> <td>תאור התשלום</td><td>כמות</td><td>תעריף</td><td>אחוז</td><td>נטו לגילום</td><td>סכום התשלום</td><td>חשבוני משולם לבנק</td></tr> <tr> <td>שכר יסוד</td><td>1.00</td><td>8,300.00</td><td></td><td>8,300.00</td><td>6,720.00</td><td>352852</td></tr> <tr> <td>אחזקת רכב</td><td>1.00</td><td>1,300.00</td><td></td><td>1,300.00</td><td>1,300.00</td><td></td></tr> <tr> <td>פדיון חופשה</td><td>1.00</td><td>455.00</td><td></td><td>455.00</td><td>455.00</td><td></td></tr> <tr> <td>דמי הבראה</td><td>1.00</td><td>350.00</td><td></td><td>350.00</td><td>350.00</td><td></td></tr> <tr> <td>חגים</td><td>1.00</td><td>400.00</td><td></td><td>400.00</td><td>400.00</td><td></td></tr> <tr> <td>ביגוד</td><td>1.00</td><td>60.00</td><td></td><td>60.00</td><td>60.00</td><td></td></tr> </table>							מס' עובד	מחלקה	שם עובד	תעודת זהות	דרגה	דרוג	תחילת עבודה	29	29	אחמד ביטוני	034064667			01/06/07	תעריף	תעריף יום	תעריף שעה	ימי עבודה	שעות עבודה	בנק	סניף				22	176	12	784	תאור התשלום	כמות	תעריף	אחוז	נטו לגילום	סכום התשלום	חשבוני משולם לבנק	שכר יסוד	1.00	8,300.00		8,300.00	6,720.00	352852	אחזקת רכב	1.00	1,300.00		1,300.00	1,300.00		פדיון חופשה	1.00	455.00		455.00	455.00		דמי הבראה	1.00	350.00		350.00	350.00		חגים	1.00	400.00		400.00	400.00		ביגוד	1.00	60.00		60.00	60.00	
מס' עובד	מחלקה	שם עובד	תעודת זהות	דרגה	דרוג	תחילת עבודה																																																																													
29	29	אחמד ביטוני	034064667			01/06/07																																																																													
תעריף	תעריף יום	תעריף שעה	ימי עבודה	שעות עבודה	בנק	סניף																																																																													
			22	176	12	784																																																																													
תאור התשלום	כמות	תעריף	אחוז	נטו לגילום	סכום התשלום	חשבוני משולם לבנק																																																																													
שכר יסוד	1.00	8,300.00		8,300.00	6,720.00	352852																																																																													
אחזקת רכב	1.00	1,300.00		1,300.00	1,300.00																																																																														
פדיון חופשה	1.00	455.00		455.00	455.00																																																																														
דמי הבראה	1.00	350.00		350.00	350.00																																																																														
חגים	1.00	400.00		400.00	400.00																																																																														
ביגוד	1.00	60.00		60.00	60.00																																																																														
מס' עובד	מחלקה	שם עובד	תעודת זהות	דרגה	דרוג	תחילת עבודה																																																																													
29	29	אחמד ביטוני	034064667			01/06/07																																																																													
תעריף	תעריף יום	תעריף שעה	ימי עבודה	שעות עבודה	בנק	סניף																																																																													
			22	176	12	784																																																																													
תאור התשלום	כמות	תעריף	אחוז	נטו לגילום	סכום התשלום	חשבוני משולם לבנק																																																																													
שכר יסוד	1.00	8,300.00		8,300.00	6,720.00	352852																																																																													
אחזקת רכב	1.00	1,300.00		1,300.00	1,300.00																																																																														
פדיון חופשה	1.00	455.00		455.00	455.00																																																																														
דמי הבראה	1.00	350.00		350.00	350.00																																																																														
חגים	1.00	400.00		400.00	400.00																																																																														
ביגוד	1.00	60.00		60.00	60.00																																																																														

9,285.00 חייב מ.ה.

8,830.00 חייב ב.ל.

9,285.00 סה"כ תשלומים

985.00 סה"כ ניכויים

8,300.00 שכר נטו

8,300.00 נטו לתשלום

אינפורמטיבי - שכר מינימום לחודש : 5300 ימי תקן : 21.67
אינפורמטיבי - שכר מינימום לשעה : 29.12 שעות זנקן : 182.00

ניכוי חובה	הסכום	ניכוי רשות	יתרה	כמות	סכום
ביטוח לאומי	225.00				
דמי בריאות	329.00				
מגדל מקפת פנסיה	431.00				
סה"כ	985.00	סה"כ			

הערות:

נתונים מצטברים

ניהול העדרויות

סוג העדרות	יתרה קודמת	ניצול	יתרה	תשלומים	ניכוי ט' 47	דמי תברואה
חופש		0		שכר שווה כסף	57,118	54,273
				חייב מ.ה.	57,118	2,896.00
				מס הכנסה	3,127	0.00
				ביטוח לאומי	2,676	2,676.00
				גמל 35%		
				ק. השתלמות		
					פסור	
					פסור ט' 47	

בתאריך 22/01/2019

בוצע ע"י: א.ש.כהן בע"מ

באמצעות שיקלולית מבית ט.מ.ל. - תוכנת השכר המובילה במדינה



תלוש משכורת לחודש 12/2018

שם החברה
א.ש.כהן חשמל בניה ותקשורת
חיים קהן 2, ירושלים 97587

תיק ניכויים
943199919 ב.ל.
943199919 מ.ה.
מספר תאגיד - 513181182

מס' עובד	מחלקה	שם עובד	תעודת זהות	דרגה	דרגה	תחילת עבודה
29	29	אחמד ביטוני	034064667	חשבון	352852	01/06/07
תעריף	תעריף יום	תעריף שעה	ימי עבודה	שעות עבודה	בנק	סניף
			22	176	12	784
תאור התשלום	כמות	תעריף	אחוז	נטו לגילום	סכום התשלום	פירוט
שכר יסוד	1.00	8,300.00		8,300.00	6,720.00	פירוט שכר יסודי
אחזקת רכב	1.00	1,300.00		1,300.00	1,300.00	פירוט שכר יסודי
פדיון חופשה	1.00	455.00		455.00	455.00	פירוט שכר יסודי
דמי הבראה	1.00	350.00		350.00	350.00	פירוט שכר יסודי
חגים	1.00	400.00		400.00	400.00	פירוט שכר יסודי
ביגוד	1.00	60.00		60.00	60.00	פירוט שכר יסודי

9,285.00 חייב מ.ה.

8,830.00 חייב ב.ל.

9,285.00 סה"כ תשלומים

985.00 סה"כ ניכויים

8,300.00 שכר נטו

8,300.00 נטו לתשלום

ניכויי חובה	הסכום	ייתרה	כמות	סכום
ביטוח לאומי	225.00			
דמי בריאות	329.00			
מגדל מקפת פנסיה	431.00			
סה"כ	985.00			

הערות:

נתונים מצטברים

ניהול העדרויות

סוג העדרות	ייתרה קודמת	ניכול	ייתרה	תשלומים	ניכוי ס' 47	ניכוי ס' 47	דמי חבר/טיפול
חופש		0		שכר שונה כסף	75,688	12,312	71,933
				חייב מ.ה.	75,688	1,238	3,828.00
				מס הכנסה	4,235		0.00
				ביטוח לאומי	3,538		3,538.00
				גמל 35%		0	
				ק. השתלמות		0	

בתאריך 22/01/2019

בוצע ע"י: א.ש.כהן בע"מ

באמצעות שיקוליות מבית ט.מ.ל. - תוכנת השכר המובילה במדינה

