

טופס הגשת מועמדות לתפקיד
עמותת לה"ב – למען הפגים בישראל

אני הח"מ מגיש/ה מועמדותי לתפקיד:

[] חבר/ת וועד מנהל

[] חבר/ת ועדת ביקורת

פרטים אישיים:

שם פרטי _____

שם משפחה _____

מספר תעודת זהות _____

מין: נ / ז

כתובת ופרטי קשר:

רחוב _____ מספר בית _____

ישוב _____

מיקוד _____

מספר טלפון _____

כתובת דואר אלקטרוני _____

גילוי נאות:

האם יש לך קשר משפחתי, אישי או עסקי לחבר/ת ועד או חבר/ת ועדת ביקורת בעמותה? [] כן [] לא
במידה וענית כן, נא לציין את הדירקטור/ים ובעלי התפקידים אליהם יש לך קשר:

האם יש לך קשר משפחתי, אישי או עסקי ליו"ר ו/או מנכ"ל העמותה? [] כן [] לא
במידה וענית כן, נא לציין את כל בעלי התפקידים אליהם יש לך קשר:

אודות המועמד/ת:

הצהרת המועמד/ת

אני החתום/ה מטה שם פרטי: _____ שם משפחה: _____, מספר תעודת זהות _____ מצהיר/ה כי כל הנתונים שמסרתי הינם נתונים נכונים ושלמים.

על החתום,

חתימה

תאריך