

תאריך: _____

לכבוד _____

ג.א.ג., _____

הנידון: חידוש תעודת הסמכה למפעיל עגורן / אתת

- תוקף תעודת ההסמכה שלך עומד לפוג בימים אלה. בכדי שנוכל לחדש את רישיוןך להפעלת העגורן, או למתן איתות, לשנתיים נוספות, אנא בצע את הפעולות הבאות:
1. מלא את כל הפרטים בספח המצורף למטה בכתב יד ברור.
 2. (א). צרף המחאה (צ'ק) על סך 140 ₪ כולל מע"מ במזומן, לפקודת: **כרמל בטיחות בע"מ**.
* לתשלום בכרטיס אשראי סמן עיגול סביב המילה: "כן" שבסוף השורה ואנו ניצור אתך קשר. **כן**
* לתשלום במזומן – נא לשלוח מכתב בדואר רשום.
(ב). צרף צילום של תעודת ההסמכה שברשותך.
 3. שלח את הספח שלמטה + התשלום + צילום תעודת ההסמכה בהקדם אלינו לכתובת:
כרמל בטיחות בע"מ, ת.ד. 25547, חיפה 31250
• מיד לאחר קבלת מכתבך תישלח אליך בדואר תעודת ההסמכה החדשה + חשבונית / קבלה.

לידיעתך:

- על פי התקנות חל איסור להפעיל עגורן / מתן איתות ללא תעודת הסמכה תקפה.
- במידה שתעודת ההסמכה אינה תקפה, אין כיסוי ביטוחי במקרה של נזק ו- או תאונה.
- אי חידוש במועד יחייב ביצוע מבחנים ובדיקות, ובשלב מאוחר יותר ביטול ההסמכה.
- אין באפשרותנו לחדש את תעודת ההסמכה אלא לאחר מלוי כל התנאים הנ"ל.

לברורים נא להתקשר לטלפון: **04-8403408** / מקוצר: ***6932** / שלוחה: **2**
בכבוד רב,

אמיר ליאון - בוחן ראשי

גזור -----

הצהרת בעל ההסמכה להפעלת עגורן מהסוגים ג'ו-ד' ולמתן איתות על העדר שינויים במצב בריאות
תוספת רביעית – (תקנה 11(ד))

אני _____ הנושא תעודת זהות מס' _____ מצהיר בזה
כי מיום הגשת הבקשה להסמכה או חידושה לאחרונה או מיום הודעתי לאחרונה לרשות ההסמכה על שינוי במצב
בריאותי לא התגלו אצלי, לפי מיטב ידיעתי, מגבלות במערכת העצבים, העצמות, הראיה או השמיעה, ובמצב
בריאותי הנוכחי הנני כשיר לתפקיד.

אני מצהיר בזאת כי הצהרתי אמת

תאריך: _____ שם מלא: _____ ת.ז. _____

כתובת: _____ מקום עבודה נוכחי: _____

טלפון נייד: _____ תאריך לידה: _____ חתימה: _____

ת.ד. 25547, חיפה 31250, טל: 04-8403408, פקס: 04-8406656 shira@carmelsafety.co.il