

לכבוד :

משאבי אנוש אסף הרופא :

מספר פקס : 08-9779571

או באמצעות המייל : HR@shamir.gov.il

הנדון : הצהרה בדבר קיום חוקי עבודה לרבות תשלום שכר לעובדים אישור כשירות והסדר ביטוחי

שמי הנו _____ ת.ז. _____ המשמש בתפקיד _____ בחברת _____

ואני מוסמך מטעמה לצהיר כי :

1. מר/גב' _____ ת.ז. _____ הינו/ה עובד של החברה מיום _____

ומשמש/ת בתפקיד : _____

2. החברה מקפידה על קיום חוקי העבודה ותשלום השכר לעובדיה כדין, הן בהקשר של ביצוע פעילותם במרכז הרפואי "שמיר" והן בהקשר לכל פעילות מכל סוג ו/או מין שהוא.

3. מבלי למעט מכלליות האמור לעיל, החברה מקפידה, בין היתר, על ביצוע חוקי העבודה הבאים החלים עליה שהם :

- 3.1.1 חוק שירות התעסוקה, תשי"ט-1959 ;
- 3.1.2 חוק שעות עבודה ומנוחה, תשי"א-1951 ;
- 3.1.3 חוק דמי מחלה, תשל"ז-1976 ;
- 3.1.4 חוק חופשה שנתית, תשח"א-1951 ;
- 3.1.5 חוק עבודת נשים, תשי"ד-1954 ;
- 3.1.6 חוק שכר שווה לעובדת ועובד, תשכ"ד-1949 ;
- 3.1.7 חוק שכר שווה לעובדת ועובד, תשנ"ו-1996 ;
- 3.1.8 חוק עבודת הנוער, תשי"ג-1958 ;
- 3.1.9 חוק חיילים משוחררים (החזרה לעבודה), תשי"ט-1949 ;
- 3.1.10 חוק החניכות, תשי"ג-1953 ;
- 3.1.11 חוק הגנת השכר, תשי"ח-1958 ;
- 3.1.12 חוק פיצויי פיטורין, תשכ"ג-1963 ;
- 3.1.13 חוק הביטוח הלאומי (נספח משולב), תשנ"ה-1995 ;
- 3.1.14 חוק שכר המינימום, התשמ"ז-1987 ;

4. החברה תהיה אחראית על התשלומים הבאים : משכורת, דמי ביטוח לאומי, פיצויי פיטורין ופרישה, דמי חופשה, דמי הבראה, שכר שעות עבודה נוספות, מס מקביל, תשלומים לקרן פיצויים או לקרן פנסיה, תשלומים בגין מחלה או בגין לידה, וכל יתר התשלומים החלים על המעביד בהתאם לכל דין.

5. החברה בלבד תהיה אחראית כלפי עובדיה, וכל מי שעוסק מטעמה בקשר לביצוע שירותים על פי הסכם זה, בגין מוות, נזק גופני, או נזק לרכוש שייגרם להם, בין במישרין ובין בעקיפין, כתוצאה מתאונה שארעה בעת העבודה או בקשר אליה, או בהליכה לעבודה ובחזרה ממנה.

6. מובן לחברה כי לא תהיינה לה ולכל המועסקים על ידה, כל זכויות של עובדי מדינה או עובד המועסק על ידי המשרדים ולא יהיו זכאים לכל תשלום פיצויים או הטבות אחרות.

7. החברה מסכימה כי המרכז הרפואי לא יישא בשום תשלום, הוצאה, אובדן או נזק מכל סוג שיגרם לחברה, לבאים מכוחה או למועסקים על ידה, בעקבות פעילותם במרכז הרפואי אסף הרופא, וזאת כל עוד אותו הנזק לא נגרם כתוצאה מרשלנות רבתי או מזדון של מי מעובדי המרכז הרפואי.

8. החברה מכירה בכך כי לא ייווצרו יחסי עובד-מעביד בין המרכז הרפואי לבין עובדיה ו/או נותני השירותים מטעמה, ולא יהיו לנותני שירותים ו/או לעובדים אלה זכויות תביעה כלשהן מהמרכז הרפואי, וכי היא תפצה את המרכז הרפואי בגין כל תביעה כזו שתוגש.

9. החברה מתחייבת בדבר כשירות הנ"ל לבצע את תפקידו בהתאם לתנאי הסף וההכשרות המתחייבות מתיאור תפקידו. בנוסף מבצעת מעת לעת הערכת ביצועים לצורך קביעת מידת המשך כשירותו.

10. החברה מתחייבת לערוך ולקיים ביטוחים הולמים ביחס לשירותים / עבודות אותם היא מספקת / מבצעת עבור מרכז רפואי "שמיר" (להלן: "המזמין"), ככל שנהוגים בתחום פעילותה (לדוגמה: ביטוח חבות מעבידים, ביטוח אחריות כלפי צד שלישי, ביטוח אחריות מקצועית, ביטוחי כלי רכב, ביטוח רכוש, ביטוח סחורה בהעברה, או כל ביטוח אחר, לפי העניין), בגבולות אחריות סבירים בהתאם לאופיים והיקפם של השירותים המבוצעים על ידה.

11. החברה תוודא כי בכל ביטוחיו, המתייחסים לשירותים נשוא ההתקשרות (למעט ביטוח מסוג עבודות קבלניות / הקמה), המזמין יתווסף כמבוטח נוסף, בכפוף להרחבת שיפוי כלפי המזמין כמקובל באותו סוג ביטוח.

12. ידוע לי כי מתן היתר לפעילות במסגרת המרכז הרפואי אסף הרופא תינתן בכפוף להמצאת המסמכים הבאים המצורפים בזה:

- צילום תעודת זהות של הסוכן.
- תיאור תפקיד, המפרט את המשימות ותחומי האחריות עיקריים של הסוכן ואת דרישות הסף לביצוע התפקיד.
- מסמך המאשר ביצוע בדיקות רפואיות ותוכנית התחסנות – "עובד בריאות" בהתאם לנוהל משרד הבריאות (נספח מספר A2).
- טופס אוריינטציה חתום על ידי הסוכן (נספח מספר A4).
- כתב התחייבות לשמירת סודיות חתום על ידי הסוכן (נספח מספר A5).

חתימה

תפקיד

שם החותם

תאריך