

**עיריית ראשון-לציון  
אגף נכסים מבונים  
ועדת הקצאות**



הכתובת: רח' הכרמל 20, ראשון-לציון 75264 \* טל' 9547387-03, פקס' 9547320-03  
כתובתנו באינטרנט: WWW.rishonlezion.muni.il

אישור  
מאשר כי  
האגף  
המורש  
למורשים  
למורשים  
למורשים

**בקשה להקצאת נכס עירוני**

תאריך בקשה: \_\_\_\_\_

**פרטי העמותה/תאגיד:**

שם מלא של העמותה/תאגיד לפי תעודת רישום			
רחוב	מספר	עיר	מיקוד
צורת ההתארגנות	מספר העמותה/תאגיד	שנת היווסדות	ארצי, נא סמן <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
פעילות העמותה לפי רשם העמותות			

**מקומות וסניפים בראש"צ בהם מתקיימת פעילות העמותה/תאגיד:**

שם המקום	כתובת	שם איש הקשר	טלפון/סלולארי

**פרטים על בעלי תפקידים בעמותה/תאגיד:**

התפקיד	השם	מספר זהות	כתובת פרטית מלאה	טלפון
יו"ר העמותה/תאגיד				
חבר הנהלה				
גזבר/מזכיר				
רואה חשבון				

שם וחתימת מורשי חתימה		פרטי חשבון בנק	
נא סמן בעיגול בכל שורה "ל" למורשים לחד או "ב" למורשים ביחד		שם הבנק	
שם: ל / ב	שם: ל / ב	שם הסניף	
חתימה:	חתימה:	מספר הסניף	
		מספר חשבון	
<b>אישור עו"ד / רו"ח</b>		<b>אישור הבנק</b>	
אני הח"מ _____ מאשר כי הרשומים מעלה הינם מורשי החתימה מטעם העמותה/תאגיד, וכי החתימה לעיל היא חתימת ידם.		הננו מאשרים את הפרטים לעיל כפרטי חשבון הבנק של הלקוח הנ"ל.	
תאריך: _____		תאריך: _____	
חתימה וחתימת עו"ד / רו"ח _____		חתימה וחתימת הבנק: _____	

