

TÜRKİYE VAKIFLAR BANKASI
TRT OR-AN ŞUBESİ MÜDÜRLÜĞÜNE

Türkiye Radyo ve Televizyon Kurumu Personeliyim. Üyesi bulunduğum TRT Kurumu Personeli Sağlık ve Sosyal Yardımlaşma Vakfı (RATELVAK) tarafından her ay bankanıza bildirilecek olan Vakıf kesintilerimin aşağıda belirttiğim hesabımdan ve ek hesabımdan alınarak Vakıf hesabına aktarılmasına muafakat ediyorum.

Saygılarımla.

ADISOYADI :

HESAPNO :

VAKIF ÜYE NO :

KURUM SİCİL NO :

TELEFONNO :

İMZA :

RATELVAK YÖNETİM KURULU BAŞKANLIĞINA ANKARA

Vakfınıza üye olmak istiyorum. Kendime ve bakmakla yükümlü olduğum aile bireylerine ait belgeler ilişikte sunulmuştur.

Üyeliğe kabulümü ve sonuçtan tarafıma bilgi verilmesini izinlerinize sunarım.

...../...../20.....
İMZA

ADI SOYADI :.....

BABA ADI :.....

ANA ADI :.....

DOĞUM YERİ VE YILI :.....

EV ADRESİ :.....

EV TELEFONU :.....

İŞ ADRESİ :.....

İŞ TELEFONU :.....

CEP TELEFONU :.....

E-MAİL :.....

KURUM SİCİL NO :.....

MAAŞ ALDIĞINIZ BANKA
HESAP NO. :.....

TC KİMLİK NUMARASI :.....

EKLER:

1 Adet üyelik taahhütnamesi 1 Adet
ölümyardımbildirimi
..... Adet nüfus cüzdan örneği

RATELVAK MÜDÜRLÜĞÜNE

Yönetim Kurulumuzun/...../20..... gün vesayılı kararı ile adı
geçenin Vakıf üyeliğine kabulü uygun görülmüştür.

Gereğinin yapılarak sonucun ilgiliye yazılı olarak bildirilmesini rica ederim.

...../...../20.....

Yönetim Kurulu Başkanı imza ve
mühür

Üyeliğe Giriş Tarihi :/...../20.....

Üye Numarası :

RATELVAK

ÜYELİK TAAHHÜTNAMESİ

RATELVAK YÖNETİM KURULU BAŞKANLIĞINA

Ankara 11 inci Noterliğinin 11.06.1973 tarih ve 16759 numaralı yevmiyesiyle resen tanzim edilen ve Ankara 14 üncü Asliye Hukuk Mahkemesinin 13.06.1973 tarih ve 973/488 esas,973/50 karar numarası ile tescili yapılan “ TRT KURUMU PERSONELİ SAĞLIK VE SOSYAL YARDIMLAŞMA VAKFI”nın Vakıf Senedini okudum.

Genel Kurullarda ve Yönetim Kurullarında alınacak kararlara uygun olarak üyelik yükümlülüklerini yerine getirmeyi, buna bağlı olarak ödentilerimi, belirlenen miktar, şekil ve şartlarda düzenli olarak ödemeyi veya adıma tahakkuk edecek istihkaklarımdan kesilmesini ve vakıf senedindeki hükümleri aynen uyacağımı kabul ve taahhüt ederim.

...../...../20....

Adı – Soyadı

İmzası

Yukarıdaki imzanın, ünitemiz çalışanlarından
ya ait olduğunu onaylarım.

Onaylayan Yetkilinin :

Adı – Soyadı :

Ünvanı :

...../...../20.....

İmza ve Mühür

RATELVAK

ÖLÜM YARDIMI BİLDİRİMİ

ÖLÜMÜM HALİNDE, ÖLÜM YARDIMINDAN YARARLANACAKLARIN

Adı	Yakınlık	İkametgah	Yardımanın
Soyadı	Derecesi	Adresi	% nispeti

TOPLAM

Ölümümden sonra yapılacak ölüm yardımının, yukarıda adları yazılı olanlara karşılığında belirttiğim oranlar üzerinden ödenmesini arz ederim.

Bu bildirim/...../20 günü bir örnek olarak tarafımdan düzenlenmiş ve imzalanmıştır.

ADI VE SOYADI

İmzası