

אישור מתמחה על תחילת התמחות

(למילוי ע"י המתמחה בלבד)

אני:

בעל/ת תעודת זהות:

מאשר בזה שהתקבלתי להתמחות אצל יועץ מס / רו"ח: _____

בעל/ת תעודת זהות:

החל מתאריך:

_____/_____/_____

טל':

נייד:

דוא"ל:

_____ חתימה

_____ שם פרטי ומשפחה

_____ תאריך