

RATELVAK  
TÜRKİYE RADYO TELEVİZYON KURUMU PERSONELİ  
SAĞLIK VE SOSYAL YARDIMLAŞMA VAKFI

ÜYE OLABİLMEK İÇİN GEREKLİ EVRAKLAR

- 1- 2 ADET FOTOĞRAF
- 2- ÜYELİK TAAHHÜTNAMESİ SAYFASINI ÜNİTE YETKİLİNİZE ONAYLATMANIZ,
- 3- KENDİNİZ VE BAKMAKLA YÜKÜMLÜ OLDUĞUNUZ KİŞİLERİN NÜFUS CÜZDAN FOTOKOPİLERİ,
- 4- ÜYELİĞİNİZİN YÖNETİM KURULUMUZ TARAFINDAN ONAYLANMASINI TAKİBEN EKTE SUNULAN OTOMATİK ÖDEME TALİMATINI, MAAŞINIZDAN ÜYELİK KESİNTİLERİNİZİ YAPABİLMEMİZ İÇİN DOLDURMANIZ GEREKMEKTEDİR. BU NEDENLE HESAP NUMARANIZIN DOĞRU OLDUĞUNU KONTROL ETMELİSİNİZ.
- 5- GEREKLİ DURUMLARDA SİZLERLE İRTİBATA GEÇEBİLMEMİZ İÇİN, CEP TELEFON NUMARANIZI MUTLAKA YAZMANIZ VE NUMARANIZIN DEĞİŞMESİ HALİNDE DE YENİ NUMARANIZI VAKIF MERKEZİMİZE BİLDİRMENİZ HUSUSLARINDA,

BİLGİLERİNİZİ RİCA EDERİZ.

RATELVAK  
YÖNETİM KURULU

NOT :

Üyelik kesintinizin yapıldığı aydan itibaren ilk 8 ay boyunca, üyelik aidat miktarının iki katı maaşınızdan kesilecek olup, daha sonra normal üyelik aidatı kesintisi yapılmaya devam edilecektir.

Ayrıca; üye olduğunuz tarihten itibaren ilk 6 ayın bitimini takiben (7.üyelik ayınızda)Vakfımızdan Kredi kullanma hakkına sahip olacaksınız.

ADRES : Hilal Mahallesi 674.Sokak 8/10 Nergiz Apartmanı 5.Kat  
Çankaya/ANKARA  
TELEFON : 0 312 441 70 74 - 441 57 31 – 441 62 09 – 441 59 96 – 442 22 25  
FAX : 0 312 441 57 11

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.

ADI SOYADI : .....

HESAP NO : .....

VAKIF ÜYE NO : .....

KURUM SİCİL NO: .....

TELEFON NO : .....

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 taahhünamesi
- 1 Adet ölüm yardımı bildirimini
- ..... Adet nüfus cüzdan örneği

-----  
RATELVAK MÜDÜRLÜĞÜNE

Yönetim Kurulumuzun ...../...../20..... gün ve ..... sayılı 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 karşılarında belirttiğim oranlar üzerinden ödenmesini arz ederim.

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

ADI VE SOYADI

İmzası

RATELVAK ÜYE KİMLİK KARTI  
BİLGİ FORMU

-----  
ADI SOYADI :

-----  
BABA ADI :

-----  
ANNE ADI :

-----  
DOĞUM TARİHİ/YERİ :

-----  
KURUM SİCİL NO :

-----  
ÜNİTESİ :

-----  
NÜFUSA KAYITLI OLDUĞU

-----  
İLİ :

-----  
İLÇESİ :

-----  
MAHALLE / KÖY :

-----  
CİLT NO :

-----  
SAYFA NO :

-----  
KÜTÜK NO :

-----  
T.C. NO :

-----  
VERİLDİĞİ YER :

-----  
VERİLİŞ TARİHİ :

-----  
VERİLİŞ NEDENİ :

-----  
CÜZDAN KAYIT NO :