

הצהרה בדבר שינוי שם ה"מחזיק" בנכס - חיובי ארנונה

על פי חוק הסדרים במשק המדינה תיקוני חקיקה להשגת יעדי בנכס הרשום בספרי העירייה. על כל שינוי של "מחזיק" בנכס יש להודיע בכתב לעירייה, השינוי יבוצע עם ממועד קבלת טופס זה בעירייה. כל עוד לא התקבלה הודעה בכתב במועד על השינוי, יהיה ה"מחזיק" הרשום בספרי העירייה חייב בארנונה. בשכירות - שינוי שם ה"מחזיק" יבוצע בהצגת הסכם שכירות תקף לתקופה של 12 חודשים פחות כשהוא חתום בידי כל הצדדים. בהסכם שכירות לתקופה קצרה מ-12 חודשים, יירשם בעל הנכס כ"מחזיק" החייב בארנונה.

לצורך שינוי שם ה"מחזיק", יש למלא טופס ולצרף את המסמכים הבאים:

- עותק מצולם, שלם וחתום של הסכם המכר או השכירות.
- תצלום תעודה מזהה של ה"מחזיק" החדש ושל המבקש החתום על טופס זה.
- כאשר הסכם נחתם על ידי מיופה כח או שהמבקש הוא מיופה כח-י"פוי כח ותצלום תעודה מזהה של מייפה הכח.
- כאשר מבקש השינוי הוא תאגיד (חברה/עמותה/שותפות)- אישור עו"ד/רו"ח על מורשי חתימה בשם התאגיד ותצלום תעודת ההתאגדות.

פרטי הנכס

סוג הנכס <input type="checkbox"/> מגורים <input type="checkbox"/> לא מגורים		מספר הנכס (הרשום בתלוש בארנונה)		מספר חשבון לקוח (הרשום בתלוש הארנונה)	
כתובת	רחוב	מספר	דירה	מיקוד	

פרטי בעל הנכס

שם המשפחה	שם פרטי/שם תאגיד	מספר זהות/ח"פ/דרכון	כתובת
טלפון	דואר אלקטרוני		

שם משפחה ושם פרטי/שם תאגיד	מספר זהות/ח"פ/דרכון	כתובת למשלוח דואר *	טלפון	טלפון נייד	זיקה לנכס
פרטי ה"מחזיק" הרשום (היוצא)					<input type="checkbox"/> בעלים <input type="checkbox"/> שוכר <input type="checkbox"/> אחר _____
					<input type="checkbox"/> בעלים <input type="checkbox"/> שוכר <input type="checkbox"/> אחר _____
					<input type="checkbox"/> בעלים <input type="checkbox"/> שוכר <input type="checkbox"/> אחר _____
<input type="checkbox"/> עזיבת הנכס <input type="checkbox"/> כניסה לנכס <input type="checkbox"/> תאריך השינוי _____					

כתובת למשלוח כלל ההודעות הנוגעות לארנונה (עד הודעה חדשה בכתב).

הערות

פרטי המבקש לשימוש משרדי אני החתום מטה מצהיר בזאת, כי כל הפרטים הכתובים לעיל הם נכונים, מדויקים ומלאים.

שם פרטי ושם משפחה	מספר זהות/ח"פ/דרכון	זיקה לנכס	טלפון נייד	חתימה
-------------------	---------------------	-----------	------------	-------

לשימוש משרדי

שם פרטי ושם משפחה	שם פרטי	תפקיד	תאריך	חתימה
פרטי הנציג המטפל				
הערה				