



דמי חבר לשנת 2017 + חובות

לכבוד

החברה הישראלית לרפואת ילדים בקהילה – חיפ"א

באמצעות מחלקת שירות וקשרי פנים - ההסתדרות הרפואית בישראל
רח' זיבוטינסקי 35, בנין תאומים 2, רמת גן 52136 טלפון: 03-6100471 פקס: 03-6121610

אני החתום מטה,

פרופ' / דר' / אחר _____ ת.ז. _____

מען אישי (בית) _____ טלפון בבית _____

טל' עבודה: _____ נייד _____

E-mail _____

מבקש/ת לשלם דמי חבר בחברה כמסומן בטבלה:

שנת תשלום	מומחה ברפואת ילדים (מחזיק תעודת מומחה ברפואת ילדים)	חבר נלווה שאינו רופא (כגון אחיות מרכז לבריאות הילד בקופות)	מתמחה ברפואת ילדים	חבר שלא מן המניין (חברים שאינם בעלי מומחיות ברפואת ילדים ו/או עוסקים בפועל ברפואת ילדים)	נשים מגיל 62 וגברים מגיל 67, ובתנאי שהיו חברים ושילמו במשך שנתיים
2015	200 ₪	200 ₪	100 ₪	200 ₪	פטור
2016	200 ₪	200 ₪	100 ₪	200 ₪	פטור
2017	250 ₪	100 ₪	100 ₪	100 ₪	פטור

באמצעות כרטיס האשראי של חברת _____ שמספרו _____

בתוקף עד _____ / _____ (לא ניתן לשלם בכרטיס דיינרס)

באמצעות ההמחאה המצורפת לפקודת: **החברה הישראלית לרפואת ילדים בקהילה – חיפ"א**

לא יתקבל תשלום במזומן!

חתימה: _____ תאריך: _____

לתשלום דמי חבר בכרטיס אשראי, נא להתקשר לטלפון: 03-6100471 בשעות העבודה
ניתן להחזיר את טופס התשלום עם מספר כרטיס אשראי לפקס: 03-6121610