ההסתדרות הרפואית בישראל
ISRAEL MEDICAL ASSOCIATION

בקשה להצטרף כחבר/ה
<u>החברה ישראלית לרפואת ילדים בקהילה (חיפ"א)</u>
של ההסתדרות הרפואית בישראל

פרופ'/ד"ר/אחר_____ת.ז._____

מספר רישיון מומחה _____ במקצוע _____

מקום עבודה_____

טלפון עבודה _____ בית _____ נייד_____

כתובת בית_____ דואר אלקטרוני _____

מתמחה במקצוע במחלקה של דר' _____

אני מעוניין/ת להצטרף לחברה ישראלית לרפואת ילדים בקהילה (חיפ"א). אני מקבל/ת עלי לפעול לפי תקנון החברה והחלטות הוועד ולשלם דמי חבר מדי שנה כפי שיקבעו על ידי וועד החברה.

אם ארצה לבטל את חברותי ולפרוש אודיע על כך בכתב לוועד .

<u>מבקש לשלם דמי חבר כמפורט להלן:</u>

❑ באמצעות כרטיס האשראי של חברת _____ שמספרו

☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

בתוקף עד ☐☐ / ☐☐ **(לא יתקבלו כרטיסי דיינרס)**

❑ **באמצעות ההמחאה המצורפת לפקודת חברה ישראלית לרפואת ילדים בקהילה (חיפ"א)**

<u>לא ניתן לשלם במזומן !!</u>

תאריך_____ חתימה_____

אישור הוועד:

לתשלום דמי חבר בכרטיס אשראי, נא להתקשר לטלפון: 03-6100441/444 בשעות העבודה
ניתן להחזיר את טופס התשלום עם מספר כרטיס אשראי לפקס: <u>03-6121610</u>

www.ima.org.il
בנין התאומים 2 רח' ז'בוטינסקי 35, רמת-גן ת.ד. 3566 ר"ג 52136 טל. 03-6100444 .TEL, פקס. 5751616, 03-5753303 .FAX 2 TWIN TOWERS, 35 JABOTINSKY ST., RAMAT-GAN P.O.B. 3566 RAMAT-GAN 52136