



**חידוש חברות לשנת 2010 + חובות**

לכבוד

**החברה הישראלית ליתר לחץ דם**

באמצעות מחלקת שירות - ההסתדרות הרפואית בישראל  
רח' ז'בוטינסקי 35, בנין תאומים 2, רמת גן 53126 בפקס: 03-6121610

אני החתום מטה,

פרופ' / דר' / אחר \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

רישיון מומחה ב \_\_\_\_\_ מס' \_\_\_\_\_

מען אישי (בית) \_\_\_\_\_

טלפון בבית \_\_\_\_\_ טלפון נייד \_\_\_\_\_

פקס בעבודה \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**מבקש/ת לשלם דמי חברות בחברה כמסומן בטבלה:**

שנת תשלום	חבר – כל רופא חבר הר"י העוסק בתחום יל"ד	מתמחה	כלליים - בעל מקצוע פארא-רפואי	גמלאי/ת	גמלאים מגיל 67 ומעלה ובלבד שהיה חבר משלם במשך שנתיים קודם לכן
2008	150 ש"ח	-	150 ש"ח	150 ש"ח	פטור
2009	150 ש"ח	-	150 ש"ח	150 ש"ח	פטור
2010	200 ש"ח	-	200 ש"ח	200 ש"ח	פטור

באמצעות כרטיס האשראי של חברת \_\_\_\_\_ שמספרו

בתוקף עד   /   **לא מתקבלים כרטיסי דיינרס!**

באמצעות ההמחאה המצורפת **לפקודת החברה הישראלית ליתר לחץ דם**

**לא יתקבל תשלום במזומן!**

חתימה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_



תאריך: \_\_\_\_\_

חבר/ה נכבד/ה,

בהתאם לתקנון ההסתדרות הרפואית בישראל על כל חבר לשלם דמי חבר שנתיים בגין חברותו בחברה, כפי שאלו מתעדכנים מעת לעת. על חברי החברה לשלם סכום זה בתחילת השנה.  
באפשרותך לחתום על הוראה שנתית מתחדשת המצ"ב מטה לחיוב כרטיסך בגין דמי חבר לחברה או באמצעות פקס : 03-6121610.

לכבוד הר"י – מחלקת שירות:

הוראה שנתית מתחדשת לחיוב כרטיס אשראי שברשותי.

אני הח"מ נותן בזאת את הסכמתי להר"י לגבות דמי חבר לחברה הישראלית ליתר לחץ דם אליה אני משתייך באופן אוטומטי מדי שנה בהתאם לתעריף האיגוד המתעדכן מעת לעת.

שם: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

מספר הכרטיס: \_\_\_\_\_ תוקף: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

(\* חבר המבקש להפסיק את החיוב האוטומטי, לו נתן את הסכמתו, מתבקש להודיע למחלקת השירות בהר"י בטלפון 03-6100444.

**\*\* לידיעתך, כמתחייב מתקנון הר"י, חידוש החברות בחברה מותנה בהיותך חבר/ה הר"י. אנא הסדר חברותך בהר"י בהקדם באמצעות מחלקת השירות בטלפון: 03-6100444.**