ההסתדרות הרפואית בישראל
ISRAEL MEDICAL ASSOCIATION

דמי חבר לשנת 2016 + חובות

לכבוד
<u>החברה הישראלית ליתר לחץ דם</u>
באמצעות מחלקת שירות וקשרי פנים - ההסתדרות הרפואית בישראל
רח' ז'בוטינסקי 35, בנין תאומים 2, רמת גן 53126 בטלפון 03-6100444 בפקס: 03-6121610

אני החתום מטה,

פרופ' / דר' / אחר_____ ת.ז. _____

מען אישי (בית) _____

טלפון בבית _____טלפון נייד_____

טלפון בעבודה _____ E-mail _____

<u>מבקש/ת לשלם דמי חבר בחברה כמסומן בטבלה:</u>

שנת תשלום	חבר – כל רופא חבר הר"י העוסק בתחום יל"ד	מתמחה (מכל המקצועות)	נלווים (שאינם רופאים)	נשים מגיל 62 וגברים מגיל 67, ובתנאי שהיו חברים ושילמו במשך שנתיים
2013	200 ₪	50 ₪	200 ₪	פטור
2014	200 ₪	50 ₪	200 ₪	פטור
2015	200 ₪	50 ₪	200 ₪	פטור
2016	200 ₪	50 ₪	200 ₪	פטור

❑ באמצעות כרטיס האשראי של חברת _____ שמספרו

☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

בתוקף עד ☐☐ / ☐☐ **<u>(לא ניתן לשלם בכרטיס דיינרס)</u>**

❑ באמצעות ההמחאה המצורפת **<u>לפקודת החברה הישראלית ליתר לחץ דם</u>**

<u>לא יתקבל תשלום במזומן!</u>

חתימה: _____ תאריך: _____

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>