



***טופס הרשמה ליום עיון – 29.10.14***

לכבוד

# **החברה הישראלית לבריאות הנפש בקהילה**

**אני החתום מטה, מבקש להירשם ליום עיון שיתקיים ביום ד' 29.10.14**

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

מען אישי (בית) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

פקס בעבודה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**יש לשלוח את הטופס החתום לפקס מס' 03-6121610 או במייל** [**nefeshbakehila@gmail.com**](mailto:nefeshbakehila@gmail.com)

**לחברים רשומים בחברה** – ללא תשלום

**למי שאינו רשום כחבר** – עלות הכנס 150 ₪.

תשלום זה ניתן להסדיר במח' הנהלת חשבונות של הר"י בכרטיס אשראי, טלפונית או בפקס:

בטל': 03-6100444 בפקס: 03-6121610

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

בתוקף עד / /  **לא ניתן לשלם בכרטיס דיינרס**

**לא ניתן לשלם במזומן!**

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: 03-6121610**