### *דמי חבר לשנת 2019 + חובות*

לכבוד

איגוד רופאי בריאות הציבור בישראל

באמצעות מחלקת שירות - ההסתדרות הרפואית בישראל

רח' ז'בוטינסקי 35, בנין תאומים 2, רמת גן 52136 טל': 03-6100444 פקס: 03-6121610

אני החתום מטה,

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

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

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

טלפון בעבודה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

###### מבקש/ת לשלם דמי חבר באיגוד כמסומן בטבלה:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| שנה | **מומחה** | **מתמחה** | **חבר שלא מן**  **המנין** | **נלווים**  **(שאינם רופאים)** | **נשים מגיל 62 וגברים מגיל 67** |
| 2018 | 250 ₪ | 180 ₪ | 230 ₪ | 230 ₪ | פטור |
| 2019 | 250 ₪ | 180 ₪ | 230 ₪ | 230 ₪ | 90 ₪ |

באמצעות כרטיס האשראי\_\_\_\_\_\_\_\_\_שמספרו

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

**לא יתקבל תשלום 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**