



חברות לשנת 2018

לכבוד

החברה הישראלית לחינוך רפואי (היל"ר)

באמצעות מחלקת שירות וקשרי פנים - 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 _____ דואר אלקטרוני _____

מבקש/ת לשלם דמי חבר בחברה כמסומן בטבלה:

שנת תשלום	חבר (רופאים חברי הר"ר, מקצועות הבריאות, Phd)	מתמחים	סטודנטים	נשים מגיל 62 וגברים מגיל 67
2018	200 ₪	75 ₪	פטור	150

סה"כ לתשלום: _____

☐ באמצעות כרטיס אשראי של חברת _____ שמספרו

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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

☐ באמצעות ההמחאה המצורפת לפקודת ההסתדרות הרפואית בישראל

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