

דמי חברות לחברה לחקר מניעה וטיפול בטרשת עורקים
לשנת 2021 (+חובות)

לכבוד,
החברה לחקר מניעה וטיפול בטרשת העורקים
באמצעות מחלקת שירות – הסתדרות הרפואית בישראל
רחוב ז'בוטינסקי 35 בנין תאומים 2 רמת גן 53126

אני החתום מטה,

פרופ'/דר'/אחר _____ ת.ז. _____

מען אישי (בית): _____

כתובת e-mail: _____ טלפון נייד: _____

טלפון בעבודה: _____ טלפון בבית: _____

נא לסמן תחום התמחות ו/או מקצוע:

חוקר, רופא משפחה, רופא פנימי, אנדוקרינולוג, קרדיולוג, תפקיד מנהלי הקשור בטרשת עורקים

מבקש לשלם דמי חבר כמסומן בטבלה :

שנה	חבר (רופא, מתמחה וכו')	נלווה (חוקר, דיאטן וכו')	גמלאי
2021	150 ₪	100 ₪	50 ₪
2020	150 ₪	100 ₪	50 ₪
2019	150 ₪	100 ₪	50 ₪

באמצעות כרטיס אשראי (לא ניתן לשלם בכרטיס דיינרס)

/ בתוקף עד

3 ספרות בגב הכרטיס CVV _____

באמצעות המחאה: לפקודת החברה לחקר מניעה וטיפול בטרשת העורקים.

רצ"ב צ'ק מספר: _____ שם הבנק: _____ סניף: _____ על סך: _____

חתימה: _____ תאריך: _____

את הטופס יש לשלוח לכתובת הכתובה מעלה או לפקס מספר: 03-6121610

טלפון לבירורים, מחלקת שירות : 03-6100471