ההסתדרות הרפואית בישראל
ISRAEL MEDICAL ASSOCIATION

<u>דמי חבר לשנת 2020</u>

לכבוד

<u>החברה הישראלית לניהול סיכונים ולבטיחות הטיפול ברפואה (נסב"ר)</u>

באמצעות מחלקת שירות - ההסתדרות הרפואית בישראל

רח' ז'בוטינסקי 35 בנין תאומים 2 , רמת גן 53126 , טל': 03-6100471 , פקס: 03-6121610

אני החתום מטה

פרופ' / ד"ר _____ ת.ז. _____

מען אישי (בית) _____

טלפון בבית _____ טלפון נייד_____

טלפון בעבודה _____ e-mail _____

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

שנה	חבר					פטור גימלאים
2020	400					הגיל הקובע 120 שנה

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 למחלקת השירות: 03-6100471
או לשלוח את הטופס בפקס 03-6121610