ההסתדרות הרפואית בישראל
ISRAEL MEDICAL ASSOCIATION

בקשה להצטרף כחבר/ה
<u>באיגוד הישראלי לרפואה פנימית</u>
של ההסתדרות הרפואית בישראל

פרופ'/ד"ר/אחר_____ת.ז._____

מספר רישיון מומחה _____ במקצוע _____

מקום עבודה_____

טלפון עבודה _____ בית _____ נייד_____

כתובת בית_____ דואר אלקטרוני _____

מתמחה במקצוע במחלקה של דר' _____

אני מעוניין/ת להצטרף לאיגוד הישראלי לרפואה פנימית. אני מקבל/ת עלי לפעול לפי תקנון האיגוד והחלטות הוועד ולשלם דמי חבר מדי שנה כפי שיקבעו על ידי וועד האיגוד.

אם ארצה לבטל את חברותי ולפרוש אודיע על כך בכתב לוועד .

<u>מבקש לשלם דמי חבר כמפורט להלן:</u>

שנת תשלום	מומחה ברפואה פנימית	<u>מתמחה ברפואה פנימית</u>	<u>חבר שאינו מן המניין</u> (מומחה או מתמחה במקצוע אחר, או שאינו מומחה אך עובד בפועל כרופא מומחה)	<u>PhD,אחיות, פרא-רפואיים</u>	<u>גמלאי</u>	**גמלאים החל מגיל 67 ובתנאי שהיו חברים ושילמו דמי חבר במשך שנתיים**
2010	200 ₪	150 ₪	200 ₪	150 ₪	150 ₪	פטור

❑ באמצעות כרטיס האשראי של חברת _____ שמספרו

☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

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

❑ **באמצעות ההמחאה המצורפת לפקודת האיגוד הישראלי לרפואה פנימית**

<u>לא ניתן לשלם במזומן !!</u>

תאריך_____ חתימה_____

אישור הוועד:

תשלום דמי חבר בכרטיס אשראי, נא להתקשר לטלפון: 03-6100441/444 בשעות העבודה
ניתן להחזיר את טופס התשלום עם מספר כרטיס אשראי לפקס: 03-6121610

www.ima.org.il
2 TWIN TOWERS, 35 JABOTINSKY ST., RAMAT-GAN P.O.B. 3566 RAMAT-GAN 52136 FAX. 03-5753303 ,5751616 .פקס ,TEL. 03-6100444 .טל 52136 ר"ג 3566 ת.ד. רמת-גן ,35 בנין התאומים 2 רח' ד'בוטינסקי