



האיגוד הישראלי לרפואה פנימית של ההסתדרות הרפואית בישראל
דמי השתתפות שנתיים להכשרה/השתלמות באיגוד הישראלי לרפואה פנימית

2017

(ללא חברות באגוד)

אני החתום מטה

פרופ' / דר' / _____ ת.ז. _____

מען אישי (בית) _____ טלפון בבית _____

טלפון נייד _____ טלפון בעבודה _____

E-mail _____

מבקש לשלם דמי השתתפות שנתיים להכשרה/השתלמות האיגוד הישראלי לרפואה פנימית

בסך:

מומחה ברפואה פנימית 300 ₪

מתמחה ברפואה פנימית 250 ₪

לשנת _____ באמצעות:

1. בהעברה בנקאית לח-ן האגוד הישראלי לרפואה פנימית :

בנק בינלאומי

מס' חשבון 409-030546

סניף 126, אבני חן

אבא הלל 3

רמת גן

את האישור על ביצוע ההעברה יש להעביר לפני הפעילות לפקס: 03-6133274 או סרוק במייל: riki@ima.org.il
או להציגו ביום הפעילות

2. באמצעות המחאה לפקודת האיגוד הישראלי לרפואה פנימית לכתובת:

ההסתדרות הרפואית בישראל

ז'בוטינסקי 35

מגדל התאומים 2

רמת גן 5213604

3. במזומן – ביום הפעילות בלבד

מובהר כי :

1. התשלום הוא עבור פעילויות הכשרה/השתלמויות, כשבחלק מהמקרים יידרש תשלום נוסף בהתאם.

2. התשלום אינו עבור חברות באיגוד ואינו מאפשר לבחור ולהיבחר לתפקיד בו.

תאריך: _____

חתימה: _____