ההסתדרות הרפואית בישראל
ISRAEL MEDICAL ASSOCIATION

# ***דמי חבר לשנת 2018+חובות***

לכבוד
**האיגוד הישראלי לרפואה פנימית**
באמצעות מחלקת שירות וקשרי פנים - ההסתדרות הרפואית בישראל
רח' ז'בוטינסקי 35 בנין תאומים 2, רמת גן 53126 בטל' 03-6100471 פקס: 03-6121610

אני החתום/מה מטה,

פרופ' / דר' / אחר_____ ת.ז._____

מען אישי (בית ) _____טלפון בבית _____

טלפון נייד _____טלפון בעבודה _____

E-mail _____

**מבקש/ת לשלם דמי חבר באיגוד כמסומן בטבלה:**

| שנת תשלום | חבר מן המניין מומחה ברפואה פנימית | מתמחה ברפואה פנימית | חבר שאינו מן המניין (מומחה או מתמחה במקצוע אחר, או שאינו מומחה אך עובד בפועל כרופא מומחה) | PhD,אחיות, פרא-רפואיים | נשים מגיל 62 וגברים מגיל 67, ובתנאי שהיו חברים ושילמו במשך שנתיים |
|---|---|---|---|---|---|
| 2017 | 300 ₪ | 250 ₪ | 300 ₪ | 200 ₪ | פטור |
| 2018 | 300 ₪ | 250 ₪ | 300 ש"ח | 200 ₪ | פטור |

☐ באמצעות כרטיס האשראי של חברת _____ שמספרו

☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

בתוקף עד ☐☐/☐☐ **(לא ניתן לשלם בכרטיס דיינרס)**

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

**לא יתקבל תשלום במזומן!**

חתימה: _____ תאריך: _____

**לתשלום דמי חבר בכרטיס אשראי, נא להתקשר לטלפון: 03-6100471 בשעות העבודה**
**ניתן להחזיר את טופס התשלום עם מספר כרטיס אשראי לפקס: 03-6121610**