ההסתדרות הרפואית בישראל
ISRAEL MEDICAL ASSOCIATION

דמי חבר לשנת 2016 + חובות

לכבוד

<u>החברה הישראלית לאורוגינקולוגיה ורצפת האגן</u>

באמצעות מחלקת שירות וקשרי פנים - ההסתדרות הרפואית בישראל

רח' ז'בוטינסקי 35 בנין תאומים 2 רמת גן 52136 טל': 03-6100444 פקס: 03-6121610

אני החתום מטה,

פרופ' / דר' / אחר _____ ת.ז._____

מען אישי (בית)_____טל. _____

טלפון עבודה _____ E-mail_____

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

שנת התשלום	**מומחה** (במיילדות וגינקולוגיה)	**מתמחה** (במיילדות וגינקולוגיה)	**חבר שלא מן המניין** (רופא שאינו מחזיק תעודת מומחה במיילדות וגינקולוגיה)	**נלווים** (שאינם רופאים כגון אחיות, פיזיותרפיסטים, רוקחים וכד')	**נשים מגיל 62 וגברים מגיל 67**
2015	365 ₪	פטור	365 ₪	170 ₪	פטור מתשלום
2016	365 ₪	פטור	365 ₪	170 ₪	פטור מתשלום

❑ באמצעות כרטיס האשראי של חברת _____ שמספרו

☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

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

❑ באמצעות ההמחאה המצורפת **<u>לפקודת החברה הישראלית לאורוגינקולוגיה ורצפת האגן</u>**

<u>לא ניתן לשלם במזומן!</u>

חתימה: _____ תאריך: _____

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