



החברה לרפואת ספורט בישראל - דמי חבר לשנת 2018

(רשום פרטים בכתב-יד ברור כדי להבטיח הגעת דברי דואר לידיך)

לכבוד:

החברה לרפואת ספורט בישראל, באמצעות מחלקת שירות ולאיגודים המדעיים - ההסתדרות הרפואית בישראל
רח' ז'בוטינסקי 35, בנין תאומים 2, רמת גן 52135; טל' 03-6100471/444, פקס: 03-6121610

אני החתום מטה,

פרופ'/דר'/אחר _____ ת.ז. _____ דוא"ל _____

מען אישי (בית) _____

טלפון בעבודה _____ טלפון נייד _____ טלפון בבית _____

מקצוע (סמן בעיגול תשובה)

1. רופא/ה 2. פיזיותרפיסט/ית 3. פסיכולוג/ית 4. מורה לחנוך גופני/מאמן 5. תזונאי/ת

6. ביומכניקאי/ת 7. ספורטרפיסט/ית 8. פסיכולוג/ית 9. כירורקטור/ית 10. אחר _____

מס' רישיון רפואי/פארה-רפואי _____

מומחיות רפואית _____ מס' רישיון מומחה _____

מעוניין להירשם לקבוצת עניין (סמן בעיגול את התשובות המתאימות):

1. פיזיותרפיה 2. פיזיולוגיה של המאמץ 3. אורתופדיית ספורט 4. קרדיולוגית ספורט

שנת תשלום	2018
חבר (רופאים)	250 ₪
תשלום חל על מומחים ושאינם מומחים	
נלווים	250 ₪
כגון פיזיותרפיסטים, אחיות, חוקרים, פארה-רפואיים אחרים	
נשים מגיל 64 וגברים מגיל 67	פטור
(היו חברי החברה ושילמו בשנתיים קודמות ליציאתם לפנסיה)	

מבקש לשלם את דמי החבר בחברה כדלקמן:

באמצעות:

• כרטיס אשראי: _____

שםספר: □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

בתוקף עד □□□□ (לא יתקבלו כרטיסי דיינרס)

• המחאה מצורפת, לפקודת: "החברה לרפואת ספורט בישראל"

• לא ניתן לשלם במזומן!

חתימה: _____ תאריך: _____

לתשלום דמי חבר בכרטיס אשראי, נא להתקשר למחלקת שירות בהר"י 03-6100471/444 בשעות העבודה (8:30-16:00)
ניתן להחזיר את טופס התשלום עם מספר כרטיס אשראי לפקס: 03-6121610