

## טופס הרשמה לחברות באגודה לשנת 2011

\_\_\_\_\_  
 שם פרטי      שם משפחה      First (& 2nd) name      אני:

\_\_\_\_\_ תחום מומחיות      עיסוק

\_\_\_\_\_ מיקוד      כתובת מקום העבודה

\_\_\_\_\_ מיקוד      כתובת פרטית

\_\_\_\_\_ פקס      \_\_\_\_\_ נייד      \_\_\_\_\_ בבית      \_\_\_\_\_ טלפון בעבודה

\_\_\_\_\_ Email / דואל (חשוב למלא בכתב ברור)

מבקש להיות חבר באגודה הישראלית לכאב לשנת 2011, מטרות האגודה ותקנונה ידועים לי. אם אתקבל כחבר בה, אני מתחייב לקיים את הוראות התקנון ואת החלטות האסיפה הכללית.

\_\_\_\_\_ חתימה

משלוח דואר:      לכתובת הפרטית      לעבודה      (הקף בעיגול)

הפרטים שברצוני לכלול בספר החברים: נא לסמן ✓ בריבוע המתאים

שם בלטינית     תואר     תואר אקדמי     עיסוק     כתובת פרטית     כתובת בעבודה  
 טלפון בבית     טלפון בעבודה     טלפון נייד     פקס     Email

האם מעוניין להופיע באתר האגודה הפתוח לקהל הרחב כולל פרטים ליצירת תקשורת – כן / לא (טלפון, כתובת מייל)

דמי החברות לשנת 2011 הינם 100 ₪ בלבד

את ההמחאה ע"ס 100 ₪ לפקודת האגודה הישראלית לכאב, יש להעביר לכתובת:  
 דפנה דיגי, היחידה לטיפול בכאב, מרכז רפואי סוראסקי  
 תל אביב, וייצמן 6 תל אביב 64239, טלפון: 03-6974477 פקס: 03-6974583  
 את הטופס ניתן להעביר ישירות למייל: [Israelpain@gmail.com](mailto:Israelpain@gmail.com)