



פורום הסייעוד לטיפול בכאב

טופס הרשמה

שם פרטי ומשפחה _____ מס' ת.ז. מלא בן 9 ספרות: _____

מקום עבודה: בית חולים/ קהילה/ אונקולוגיה/ שיקום / אחר תפקיד: _____

שם מקום העבודה: _____ שם מחלקה: _____

טלפון בעבודה: _____ טלפון נייד: _____

טלפון בבית: _____ תיבת דואר אלקטרוני: _____

כתובת למשלוח- בבית/אחר: _____

אני מעוניין / ת להיות פעיל/ ה בעמותה: כן / לא פרט /י באילו תחומים: _____

חתימה לאישור הצטרפות לעמותה: _____

דמי הרישום כוללים :

- דמי חברות לעמותה לשנה - 50 ש"ח

-כניסה לכנס השנתי

- קבלת עיתון הפורום

את התשלום יש לשלוח בצ'ק או במזומן בצרוף טופס זה לכתובת:

******* מועד אחרון לתשלום 50 ₪, עד לתאריך 1/12/11

הרשמה מאוחרת, וביום הכנס 70 ₪

לאה לוי, רחוב טופז 3 אלפי מנשה 44851 לפקודת: "פורום הסייעוד לטיפול בכאב"

הקבלה תינתן ביום הכנס, או תשלח בדואר.

לברורים:

ניתן לפנות לצילה כהן בטל': 054-5210529 באימייל: cohenzila004@gmail.com בפקס: 02-6666928

ימולא ע"י גזברית הפורום:

תאריך רישום: _____ אופן התשלום: מזומן / צ'ק . קבלה מס': _____