

## טופס הרשמה לחברות באגודה לשנת 2018

_____	שם פרטי	שם משפחה	First (& 2nd) name	אני:
_____	עיסוק	תחום מומחיות	_____	_____
_____	כתובת מקום העבודה	מיקוד	_____	_____
_____	כתובת פרטית	מיקוד	_____	_____
_____	טלפון בעבודה	בבית	נייד	פקס
_____	דואל / Email	(חשוב למלא בכתב ברור)		

מבקש להיות חבר באגודה הישראלית לכאב לשנת 2018, 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 2018 הינם 180 ש"ח בלבד**

את ההמחאה ע"ס 180 ₪ לפקודת האגודה הישראלית לכאב, ביחד עם טופס ההרשמה,  
יש להעביר לכתובת:

דפנה דייגי, היחידה לטיפול בכאב, מרכז רפואי סוראסקי

תל אביב, וייצמן 6 תל אביב 64239, טלפון 03-6974477 פקס 03-6974583

בכל שאלה ניתן לפנות למזכירות האגודה: [Israelpain@gmail.com](mailto:Israelpain@gmail.com)