

## טופס הרשמה לחברות באגודה 2019

אני:	שם פרטי	שם משפחה	First (& second)
עיסוק	תחום מומחיות		
כתובת מקום העבודה	מיקוד		
כתובת פרטית	מיקוד		
טלפון בעבודה	בבית	נייד	פקס
דוא"ל/EMAIL	(חשוב למלא בכתב ברור)		

מבקש להיות חבר באגודה הישראלית לכאב לשנת 2019, מטרת האגודה ותקנונה ידועים לי.

אם אתקבל בחבר 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 ב - X בריבוע המתאים

<input type="checkbox"/>	שם בלטינית	<input type="checkbox"/>	תואר	<input type="checkbox"/>	תואר אקדמי	<input type="checkbox"/>	עיסוק	<input type="checkbox"/>	כתובת פרטית
<input type="checkbox"/>	כתובת בעבודה	<input type="checkbox"/>	טלפון בבית	<input type="checkbox"/>	טלפון בעבודה	<input type="checkbox"/>	טלפון נייד	<input type="checkbox"/>	פקס
<input type="checkbox"/>	Email								

האם מעוניין להופיע באתר האגודה הפתוח לקהל הרחב כולל פרטים ליצירת תקשורת - כן / לא

(טלפון, כתובת מייל)

דמי החברות לשנת 2019 הינם 180 ש"ח בלבד

להרשמה/ובכל שאלה ניתן לפנות למזכירות האגודה [israelpain@gmail.com](mailto:israelpain@gmail.com)

הערה: החברות מקנה חברות בEFIC, אנו נאפשר שליחת דוור ישירות מ EFIC לכל חבר