



## 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](mailto:cohenzila004@gmail.com) בפקס: 02-6666928

ימולא ע"י גזברית הפורום:

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