לשלוח בדוא"ל : [agudaims@netvision.net.il](mailto:agudaims@netvision.net.il)

פקס : 03-5377004

**טופס רישום יום עיון לנשים חולות טרשת נפוצה – יום רביעי – 29/3/17**

לכבוד האגודה הישראלית לטרשת נפוצה: בבקשה למלא את כל הסעיפים

אני מעוניין/ת להשתתף ביום עיון במלון רנסנס, ת"א .

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **שם מלא:** | **מס' טלפון:** | **דוא"ל:** |
| **חברת האגודה** |  |  |  |
| **מלווה** |  |  |  |

**טופס תשלום :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **המשתתפים** | **סכום בש"ח** | **מס' תשלומים מירבי –** | **תאריכי תשלום** |
| **□ יחידה** | 80 ₪ | 2 תשלומים:  40 ₪ כל תשלום | 15.3;15.4 |
| **□ 2 אנשים** | 160 ₪ | 4 תשלומים: 40 ₪ כל תשלום | 15.3; 15.4; 15.5; 15.6 |
| **□ חניה** | 35 ₪ | תשלום 1 | 15.3 |
| **□ דיסק תמונות** | 20 ₪ | תשלום 1 | 15.3 |

|  |  |
| --- | --- |
| **מס' כרטיס** |  |
| **תוקף** |  |
| **ת.ז** |  |
| **מס' תשלומים-** עד 12 תשלומים |  |
| **שם בעל/ת הכרטיס** |  |

* **באם התשלום נעשה בשיקים נא לצרף את השיקים לטפסים**

❑ויזה ❑ מאסטרקארד ❑ ישראכרט ❑ דיינרס ❑אמריקאן אקספרס

* ❑**צירפתי לתשלום האשראי 20 ₪ עבור דיסק תמונות.**
* ❑ **צירפתי לתשלום האשראי 100 ₪ עבור דמי החבר .**

**כל חברה הנרשמת ליום העיון מתבקשת לשלם דמי חבר !!**

**לא לשלוח טופסי רישום בדואר ישראל   
באם שולחים בדואר ישראל : רק בדואר רשום דחוף**