**בבקשה להחזיר טופס זה עד לתאריך 1.11.16**

**טופס רישום - סדנא לנשים חולות בטרשת נפוצה**

|  |  |
| --- | --- |
| **שם פרטי:** |  |
| **שם משפחה:** |  |
| **טל' בבית :** |  |
| **טל' נייד:** |  |
| **דוא"ל :** |  |
| **מגיעים :** **חשוב לציין שהסדנא היא לנשים בלבד !** | **□** לבד  **□** מלווה |

□ **אני מתחייבת להגיע ל-5 המפגשים, אחת לשבועיים**

**נא לשלוח טופס זה :**

**פקס : 03-5377004**

**דוא"ל :** [**agudaims@netvision.net.il**](mailto:agudaims@netvision.net.il)

**בבקשה לא לשלוח בדואר ישראל!   
 – הדואר לא מתפקד ואנו מקבלים מכתבים לאחר 3 חודשים !**

**4208**