**טופס הצטרפות לקבוצת תמיכה לנשים מהמגזר הבדואי**

**مجموعة دعم باللغة العربية للنساء من الوسط البدوي اللواتي يعانين من التصلب المتعدد، تقوم على إرشادها أخصائية في الطب النفساني الإكلينيكي.**

**الاسم الكامل: ( שם מלא)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**هاتف نقال: (נייד)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
العنوان \_(כתובת)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
البريد الالكتروني: \_(דוא"ל)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**أرغب في حضور لقاءات المجموعة: (אני מעוניין/ת להגיע לקבוצה)**

**□ وحدي (לבד)**

**□ برفقة زوجتي/ زوجي (בן/בת זוג)**

**□ برفقة مرافق (מלווה)**

**□ غير ذلك (אחר)**

**يمكن ارسال الاستمارة للجمعية: (לשלוח לאגודה)**

* بواسطة فاكس: 03-5377004 أو البريد الالكتروني: [agudaims@netvision.net.il](mailto:agudaims@netvision.net.il)
* نرجوكم كل الرجاء عدم ارسال الاستمارة – **بواسطة بريد إسرائيل!**

**التاريخ: (תאריך)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**التوقيع: (חתימה)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

31731