5590

**استمارة تسجيل للمشاركة في كل اليوم : 10:00-17:00**

**טופס רישום לכל היום : 10:00-17:00**

أعد\ي للجمعية لغاية- 1.5.18

رجاء عبئوا جميع التفاصيل بما في ذلك

رقم الهوية وعنوان البريد الالكتروني

החזר/י לאגודה עד ל- 1.5.18

אנא מלאו את כל הפרטים

כולל ת.ז. ודוא"ל.

استمارة للتسجيل للمشاركة في اليوم الدراسي والمؤتمر العام 14.5.18، يوم الاثنين – يوم كامل  
ينبغي تعبئة جميع التفاصيل

טופס רישום ליום עיון ואסיפה כללית 14.5.18, יום שני – יום מלא חובה למלא את כל הפרטים

لحضرة الجمعيّة الإسرائيليّة للتصلّب المتعدد: לכבוד האגודה הישראלית לטרשת נפוצה:

أنا معني\ة بالمشاركة في اليوم الدراسي وفي المؤتمر العام اللذان سيعقدان في فندق رنسنس في تل أبيب.

אני מעוניין/ת להשתתף ביום העיון, ובאסיפה הכללית, במלון רנסנס תל-אביב.

الاسم الشخصي \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ اسم العائلة\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ رقم الهوية \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם פרטי \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם משפחה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

الزوج\ة - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_تليفون \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ الهاتف النقال\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

בן זוג - שם פרטי \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_טלפון\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ נייד\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

المرافق- الاسم الشخصي \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ اسم العائلة \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מלווה - שם פרטי \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

البريد الالكتروني \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

דואר אלקטרוני \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

رجاء ضع\ي علامة - X- التعبئة اجبارية

אנא סמן/י ב- X- חובה למלא

❑ أنا أستعين بكرسي عجلات ❑ أنا أستعين بوكر ❑ أنا أستعين بعكاز

❑ אני נעזר/ת בכיסא גלגלים ❑ אני נעזר/ת בהליכון ❑ אני נעזר/ת במקל הליכה

* **عدد الأماكن محدود لـ 120 مكان، رجاء احجزوا وحولوا لنا الاستمارة بأسرع وقت.**
* **מספר המקומות מוגבל ל – 120 מקומות, אנא שריינו עצמכם והעבירו את הטפסים בהקדם**.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תאריך חתימה

**التاريخ التوقيع**

في حال إرسال الاستمارة بواسطة البريد – أرسلوها قبل موعد البوم الدراسي بشهر – بريد إسرائيل غير فعال!

באם שולחים בדואר ישראל – לשלוח חודש מראש – דואר ישראל לא מתפקד !

يجب ارسال الاستمارة بواسطة: تليفون: 03-5377002 **فاكس. 03-53777004**

יש לשלוח דרך: טלפון: 03-5377002 **פקס. 03-53777004 البريد الالكتروني. agudaims@netvision.net.il**

استمارة دفع التكلفة عن يوم كامل טופס תשלום ליום מלא

**أعد\ي للجمعية لغاية- 1.5.18**

**دفع التكلفة عن يوم كامل**

## החזר/י לאגודה עד ל- 1.5.18

**תשלום עבור יום מלא**

استمارة دفع التكلفة مقابل المشاركة في اليوم الدراسي والمؤتمر العام 14.5.18، يوم الاثنين

بين الساعات 10:00-17:00

**טופס תשלום לכל יום העיון ואסיפה כללית 14.5.18, יום שני שעות -10:00-17:00**

يرجى تعبئة التفاصيل كاملة – إذا تم الدفع بواسطة شيكات – يرجى إرفاقها!

**الاسم الشخصي\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ اسم العائلة\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ رقم الهوية \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**שם פרטי\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם משפחה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**العنوان** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **البريد الالكتروني**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**כתובת** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **דואר אלקטרוני** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ضع\ي علامة X סמן/י ב- X

يمكن تقسيط الدفع لغاية قسطين אפשר לשלם ב- עד 2 תשלומים

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **عدد المشاركين המשתתפים** | **المبلغ بالشيكل סכום בש"ח** | **عدد الدفعات الأقصى –  מס' תשלומים מירבי – 2** | **تواريخ الدفع  תאריכי תשלום** |
| יחיד واحد | 120 ش.ج | 2 תשלומים: دفعتات:  60 ש"ח כל תשלום 260  ش.ج كل دفعة | 27.4 ; 1.6 |
| 2 אנשים شخصان | 220 ش.ج | 2 תשלומים: دفعتات: 110 ש" ח כל תשלום  110 ش.ج كل دفعة | 27.4 ; 1.6 |

ديسك صور דיסק תמונות **20ش.ج 01/06/2018 شيك واحد** ❑ **בצ'ק נפרד** ❑

الرجاء تسجيل الشيك لأمر: الجمعية الإسرائيلية للتصلب المتعدد

مرفق شيك رقم \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_بنك \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ المبلغ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ش.ج

مرفق شيك رقم \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_بنك \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ المبلغ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ش.ج

מצ"ב שיק מס' \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_בנק \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ע"ס \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ₪

מצ"ב שיק מס' \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_בנק \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ע"ס \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ₪

**موقف سيارة:** مرفق شيك رقم \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_بنك \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ المبلغ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_40 ش.ج

**ديسك صور :** مرفق شيك رقم \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_بنك \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ المبلغ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 ش.ج

**חנייה :** מצ"ב שיק מס' \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_בנק \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ע"ס 40 ₪

**דיסק תמונות :** מצ"ב שיק מס' \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_בנק \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ע"ס 20 ₪

فيزا ماستركارد يسراكارد ديينرس اميريكان اكسبرس

❑ויזה ❑ מאסטרקארד ❑ ישראכרט ❑ דיינרס ❑אמריקאן אקספרס

رقم البطاقة מספר כרטיס \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ساري المفعول لغاية בתוקף עד \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

رقم الهوية \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ اسم العائلة\صاحب البطاقة\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מס' ת .זהות שם משפחה/בעל הכרטיס

الاسم الشخصي\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ عدد الدفعات \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם פרטי מס' תשלומים

التاريخ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ التوقيع\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תאריך חתימה

في حال إرسال الاستمارة بواسطة البريد – أرسلوها قبل موعد البوم الدراسي بشهر – بريد إسرائيل غير فعال!

يجب ارسال الاستمارة بواسطة: تليفون: 03-5377002 **فاكس. 03-53777004**

**البريد الالكتروني. agudaims@netvision.net.il**

באם שולחים בדואר ישראל – לשלוח חודש מראש – דואר ישראל לא מתפקד !

יש לשלוח דרך: טלפון: 03-5377002 **פקס. 03-53777004**

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



**يرجى من الأعضاء الذين يرون أنفسهم بحاجة لتخفيض مراجعة الجمعية عبر هاتف: 03-5377002.أيام الأحد – الخميس، بين الساعات  
 10:00-14:00**

**سنساعد أي عضو يرغب في المشاركة في اليوم الدراسي**

**לחברים הזקוקים להנחה, אנא פנו לאגודה**

**03-5377002 , א-ה בין השעות 10:00-14:00**

**אנו נעזור לכל חבר הרוצה להשתתף ביום העיון!**



החזר/י לאגודה עד ל- 1.5.18 **أعد\ي للجمعية لغاية- 1.5.18**

**إلى الأعضاء الذين تسجلوا ولم يدفعوا رسوم العضوية لعام 2018**

**לחברים שנרשמו ועדיין לא שילמו דמי חבר לשנת 2018**

استمارة دفع رسوم عضوية טופס תשלום דמי חבר

**❑ - 100 ش.ج – رسوم عضوية لسنة واحدة ❑ 2018 لغاية 4 دفعات.**

**❑ - 100 ש"ח - דמי חבר לשנת ❑ 2018 עד 4 תשלומים.**

الاسم الشخصي - שם \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ اسم العائلة -משפחה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_رقم الهويةת.ז\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

العنوان כתובת \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ البلدة - עיר \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
الرمز البريدي: מיקוד: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ تليفون טלפון \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\*

1. بواسطة الشيكات: בצ'קים:

1. مرفق شيك رقم \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_بنك \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ المبلغ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. مرفق شيك رقم \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_بنك \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ المبلغ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3 مرفق شيك رقم \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_بنك \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ المبلغ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. مرفق شيك رقم \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_بنك \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ المبلغ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. מצ"ב צ'ק מס' \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ בנק \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ע"ס \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. بواسطة بطاقة الاعتماد: - בכרטיס אשראי:

🞎 فيزا 🞎 ماستركارد 🞎 يسراكارد 🞎 ديينرس 🞎 اميريكان اكسبرس

🞎 ויזה 🞎מאסטרקארד 🞎 ישראכרט 🞎דיינרס 🞎 אמריקן אקספרס

رقم البطاقة כרטיס \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ سارية المفعول لغاية בתוקף \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

اسم العائلة، صاحب البطاقة \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ الاسم الشخصي\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם משפחה, בעל הכרטיס \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

رقم الهوية ת"ז \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ عدد الدفعات מס' תשלומים \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

التوقيع חתימה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ التاريخ תאריך \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**تعليمات لاستصدار بطاقة عضوية: הנחיות להנפקת כרטיס חבר**:

* الرجاء ارفاق صورة شخصية נא לצרף תמונת פספורט - נא לרשום על גב התמונה: שם מלא, ת.ז, כתובת מגורים מדויקת.
* رجاء أكتب على ظهر الصورة: الاسم الكامل، رقم الهوية، عنوان السكن بالكامل.

**★بطاقة عضوية الجمعية الإسرائيلية للتصلب المتعدد تمنحكم الحصول على تخفيضات وإكراميات.**

للأعضاء الذين دفعوا الرسوم – أعذرونا !!!  
**כרטיס החבר של האגודה הישראלית לטרשת נפוצה מקנה לכם הנחות והטבות.** לחברים ששילמו – עמכם הסליחה !!!

في حال إرسال الاستمارة بواسطة البريد – أرسلوها قبل موعد البوم الدراسي بشهر – بريد إسرائيل غير فعال!

يجب ارسال الاستمارة بواسطة: تليفون: 03-5377002 **فاكس. 03-53777004**

**البريد الالكتروني. agudaims@netvision.net.il**

באם שולחים בדואר ישראל – לשלוח חודש מראש – דואר ישראל לא מתפקד , יש לשלוח דרך: **פקס. 03-537770 דוא"ל.** [**agudaims@netvision.net.il**](mailto:agudaims@netvision.net.il)