**חובה להירשם מראש!**

**נא להחזיר את הטפסים עד ל- 28.3.19**

**לשלוח בדוא"ל :** **agudaims@netvision.net.il**

**פקס : 03-5377004**

**חולי טרשת נפוצה שאינם חברי האגודה, מוזמנים להירשם ליום העיון
רישום ליום העיון הוא לא רישום לאגודה!**

**טופס רישום ליום עיון לחולי טרשת נפוצה ובני משפחותיהם לתושבי הצפון**

**יום שלישי י"א ניסן- 16.4.19**

לכבוד האגודה הישראלית לטרשת נפוצה: בבקשה למלא את כל הסעיפים

אני מעוניין/ת להשתתף ביום עיון

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

**טופס תשלום :**

|  |  |
| --- | --- |
| **המשתתפים** | **סכום בש"ח** |
| **□ יחיד/ה**  | 30 ₪  |
| **□ 2 אנשים**  | 60 ₪  |

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

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

❑ויזה ❑ מאסטרקארד ❑ ישראכרט ❑ דיינרס ❑אמריקאן אקספרס

* ❑ **צירפתי לתשלום האשראי 100 ₪ עבור דמי החבר .**

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

בס"ד

דמי חבר שנתיים 2018 – 100 ₪ - אפשר לשלם כפי יכולתכם
**כל חבר הנרשם ליום העיון מתבקש לשלם דמי חבר .
דמי החבר לאגודה יחד עם התרומות מממנות את רוב פעילויות האגודה .
עלות יום העיון הינה יקרה מאוד והאגודה ע"י תרומות ודמי חבר
מסבסדת חלק גדול מהעלות .
דמי ההשתתפות ליום העיון הינם נמוכים מאוד – אנא צרפו דמי חבר לתשלום!!**

--------------------------------------------------------------------------------------------------------

**❑ 100 ש"ח - דמי חבר לשנת 2018 עד 2 תשלומים. או כפי יכולתכם**

נא לרשום שיק: לפקודת האגודה הישראלית לטרשת נפוצה

1. מצ"ב שיק מס' \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_בנק \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ע"ס \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ש"ח

2. מצ"ב שיק מס' \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_בנק \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ע"ס \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ש"ח

**תשלום בכרטיס אשראי :**❑ויזה ❑ מאסטרקארד ❑ ישראכרט ❑ דיינרס ❑אמריקאן אקספרס

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

**לקבלת כרטיס חבר אגודה יש לצרף :**

**תמונת פספורט**

**נא לרשום על גב התמונה : שם, ת.ז וכתובת מגורים**

* מספר המקומות מוגבל - נא להחזיר את הטפסים עד לתאריך 28.3.19
* **אפשר לשלם דמי חבר לפי יכולתכם**
**לדוא"ל :** **agudaims@mssociety.org.il** **או פקס : 03-5377004**

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