**חובה להירשם מראש!**

**נא להחזיר את הטפסים עד ל- 4.7.19**

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

**פקס : 03-5377004**

**ניתן להתקשר ולהירשם טלפונית: 03-5377002**

**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 השרון**

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** |  |
| **כתובת למשלוח קבלה:** |  |
| **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**