

6334

**טופס רישום לכל היום : 9:00-19:30**

החזר/י לאגודה עד ל- 30.5.19

אנא מלאו את כל הפרטים

כולל ת.ז. ודוא"ל.  
טופס רישום ליום עיון ואסיפה כללית 17.6.19, יום שני – יום מלא  
יום הטרשת הבינלאומי

חובה למלא את כל הפרטים

לכבוד האגודה הישראלית לטרשת נפוצה:

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

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

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

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

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

אנא סמן/י ב- X- חובה למלא

❑ אני נעזר/ת בכיסא גלגלים

❑ אני נעזר/ת בהליכון

❑ אני נעזר/ת במקל הליכה

**מספר המקומות מוגבל ל – 120 מקומות, אנא שריינו עצמכם והעבירו את הטפסים בהקדם**.



**לחברים הזקוקים להנחה, אנא פנו לצוות**

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

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



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

תאריך חתימה

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**

**1**

טופס רישום לחצי יוםהחל מהשעה 13:00-19:30

החזר/י לאגודה עד ל- 30.5.19

אנא מלאו את כל הפרטים

כולל ת.ז. ודוא"ל.

טופס רישום לחצי יום שני 17.6.19, החל מהשעה 13:00-19:30

הכולל: אסיפה כללית + ארוחת צהריים + המשך פעילות יום העיון   
חובה למלא את כל הפרטים

לכבוד האגודה הישראלית לטרשת נפוצה:

**אני מעוניין/ת להגיע לחצי יום העיון החל מהשעה 13:00-19:30**

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

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

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

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

אנא סמן/י ב- X- חובה למלא

❑ אני נעזר/ת בכיסא גלגלים

❑ אני נעזר/ת בהליכון

❑ אני נעזר/ת במקל הליכה

* **מספר המקומות מוגבל ל – 120 מקומות, אנא שריינו עצמכם והעבירו את הטפסים בהקדם**.



**לחברים הזקוקים להנחה, אנא פנו לצוות**

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

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



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

תאריך חתימה

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**

**2**

טופס תשלום ליום מלא

## החזר/י לאגודה עד ל- 30.5.19

**תשלום עבור יום מלא**

**טופס תשלום לכל יום העיון ואסיפה כללית 17.6.19, יום שני**

**שעות 9:00-19:30**

נא למלא את הטפסים במלואם - באם התשלום נעשה בשיקים - נא לצרפם!

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

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

סמן/י ב- X

##### אפשר לשלם ב- עד 2 תשלומים

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **המשתתפים** | **סכום בש"ח** | **מס' תשלומים מירבי – 2** | **תאריכי תשלום** |
| יחיד | 120 ש"ח | 2 תשלומים:  60 ש"ח כל תשלום | 15.5 ; 15.6 |
| 2 אנשים | 220 ש"ח | 2 תשלומים: 110 ש" ח כל תשלום | 15.5 ; 15.6 |

**תו חנייה 40 ₪ 15/06/2019 בצ'ק נפרד** ❑

נא לרשום שיק לפקודת: האגודה הישראלית לטרשת נפוצה

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

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

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

❑ויזה ❑ מאסטרקארד ❑ ישראכרט ❑ דיינרס ❑אמריקאן אקספרס

מספר כרטיס \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ בתוקף עד\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מס' ת .זהות \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_שם משפחה/בעל הכרטיס\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם פרטי\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מס' תשלומים \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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)

**3**

טופס תשלום לחצי יום

## החזר/י לאגודה עד ל- 30.5.19 תשלום עבור חצי יום

## טופס תשלום לחצי יום עיון החל מהשעה 13:00

הכולל: אסיפה כללית + ארוחת צהריים + המשך פעילות יום העיון

נא למלא את הטפסים במלואם - באם התשלום נעשה בשיקים - נא לצרפם!

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

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

סמן/י ב- X

##### אפשר לשלם ב- עד 2 תשלומים

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **המשתתפים** | **סכום בש"ח** | **מס' תשלומים מירבי- 2** | **תאריכי תשלום** |
| יחיד | 100 ש"ח | 1 תשלום | 15.5 |
| 2 אנשים | 180 ש"ח | 2 תשלומים :  90 ₪ כל תשלום | 15.5 ; 15.6 |

**תו חנייה 40 ₪ 15/06/2019 בצ'ק נפרד ❑**

נא לרשום שיק לפקודת: האגודה הישראלית לטרשת נפוצה

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

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

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

❑ויזה ❑ מאסטרקארד ❑ ישראכרט ❑ דיינרס ❑אמריקאן אקספרס

מספר כרטיס \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ בתוקף עד\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מס' ת.זהות \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_שם משפחה/בעל הכרטיס\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם פרטי\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מס' תשלומים \_\_\_\_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* מספר **המקומות מוגבל ל – 120 מקומות, אנא שריינו עצמכם והעבירו את הטפסים בהקדם**.



**לחברים הזקוקים להנחה, אנא פנו צוות**

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

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



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**

**החזר/י לאגודה עד ל- 30.5.19**

**טופס תשלום לאורחים שאינם חברי האגודה**

## טופס תשלום לכל יום העיון – 9:00-19:30

**טופס תשלום לחצי יום עיון החל מהשעה 13:00**

נא למלא את הטפסים במלואם - באם התשלום נעשה בשיקים - נא לצרפם!

**שם פרטי\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_שם משפחה \_\_\_\_\_\_\_\_\_טל' \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** נייד **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**כתובת \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מקום עבודה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

דוא"ל :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

קשר למחלה :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

##### אפשר לשלם ב- עד 2 תשלומים

**יום עיון מלא**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| המשתתפים | סכום בש"ח | מס' תשלומים מירבי – 2 | תאריכי תשלום |
| יחיד | 250 ש"ח | 125 ש"ח כל תשלום | 15.5 ; 15.6 |
| 2 אנשים | 500 ש"ח | 250 ש"ח כל תשלום | 15.5 ; 15.6 |

**חצי יום ארוחת צהריים + המשך פעילות יום העיון**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| המשתתפים | סכום בש"ח | מס' תשלומים מירבי – 2 | תאריכי תשלום |
| יחיד | 200 ₪ | 100 ₪ כל תשלום | 15.5 ; 15.6 |
| 2 אנשים | 400 ₪ | 200 ₪ כל תשלום | 15.5 ; 15.6 |

נא לרשום שיק לפקודת: האגודה הישראלית לטרשת נפוצה

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

מצ"ב שיק מס' \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_בנק \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ע"ס \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ש"ח

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

❑ויזה ❑ מאסטרקארד ❑ ישראכרט ❑ דיינרס ❑אמריקאן אקספרס

מספר כרטיס \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ בתוקף עד \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מס' ת.זהות \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם משפחה/בעל הכרטיס\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם פרטי\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מס' תשלומים \_\_\_\_\_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5**

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)