טופס רישום לכל הנופש החזר/י לאגודה עד ל- 1.9.19

**טופסי רישום - נופש 2019 – שנה עשרים ואחת- 23.9.19-26.9.19**

**בחסות חב' טבע, חברות שונות ותורמים פרטיים–6446  
הנופש מוגש כשירות לציבור באדיבות חב' טבע השירות ניתן באופן בלתי תלוי ולא משפיע על תכני הנופש**

**לכבוד האגודה הישראלית לטרשת נפוצה,**

**אני מעוניין/ת להשתתף בנופש "בבית קיי" בנהריה.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **שם מלא:** | **מס' טלפון:** | **כתובת:** |
| **חבר האגודה** |  |  |  |
| **בן/ בת זוג** |  |  |  |
| **מלווה** |  |  |  |
| **מלווה** |  |  |  |
| **דוא"ל** |  | | |

**אנא סמן/י ב- X:   
שימו ♥ !** ישנם רק 34 חדרים בקומה א'   
חברים שיכולים לשהות בקומה ב' – אנא רשמו זאת!

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **אנא סמן/י -ב- X** | | **אנא סמן/י -ב- X קומה רצויה – אנא התחשבו !!!** | | **בקשות מיוחדת** |
| **מצב ניידות** | | **קומה א'**  **חבר השוהה בחדר בקומה א' אינו יכול לשהות בו לבדו אנו נצרף לחדר חברים נוספים!!** | **קומה ב'** |  |
| ❑ | חופשי |  |  |  |
| ❑ | נעזר/ת במקל הליכה |  |  |  |
| ❑ | נעזר/ת בהליכון |  |  |  |
| ❑ | נעזר/ת ברולטור |  |  |  |
| ❑ | נעזר/ת קביים |  |  |  |
| ❑ | נעזר/ת בכיסא גלגלים |  |  |  |
| ❑ | נעזר/ת בכיסא גלגלים  **אך יכול להיכנס לשירותים**  **ללא כיסא גלגלים** |  |  |  |

ואפשרו לחברים שצריכים לשהות בקומה א' – להגיע לנופש ! **אנא התחשבו!!!**

* **קומה ראשונה**- אני מוכן/ה לשהות בחדר עם חבר/ה אחר/ת שהאגודה תשבץ. כן ❑ לא ❑
* אני מעוניין/ת לשהות בחדר זוגי לבדי רק בקומה השניה כן ❑ לא ❑

**הערה :**

האגודה מחויבת לשלם עבור הנופש מראש ועל כן , ברור לי שאם אבטל את השתתפותי עד לתאריך **10.9.19** אקבל אחזר של כ- 2/3 מדמי ההשתתפות- ביטול לאחר תאריך זה לא יזכה אותי בהחזר .

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

תאריך חתימה

החזר/י לאגודה עד ל- 1.9.19

**טופסי תשלום לכל הנופש – 23.9.19-26.9.19**

נא למלא את הטופס ולהחזירו למשרדנו יחד עם כל הטפסים האחרים, ובאם התשלום נעשה בשקים נא לצרף גם את השקים.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **שם מלא:** | **מס' טלפון:** |
| **חבר האגודה** |  |  |

##### כל הזקוק להנחה/ פרישה רחבה יותר של תשלומים- אנא פנו לאגודה !

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **המשתתפים** | **סכום בש"ח** | **מס' תשלומים מירבי –** | **תאריכי תשלום** |
| ❑**יחיד בחדר זוגי ( קומה 1 )**  האגודה תשבץ אדם נוסף | 1,200 ₪ | 8 תשלומים:  150 ש"ח כל תשלום | 1/9; 1/10; 1/11;1/12 -**2019** 1/1 ; 1/2 ;1/3 ;1/4 - **2020** |
| ❑ **\* יחיד בחדר זוגי (לבד)**  רק בקומה שניה | 1,200 ₪ | 8 תשלומים:  150 ש"ח כל תשלום | 1/9; 1/10; 1/11;1/12 -**2019** 1/1 ; 1/2 ;1/3 ;1/4 - **2020** |
| ❑ **2 אנשים בחדר זוגי** | 2.400 ₪ | 10 תשלומים:  240ש"ח כל תשלום | 1/9; 1/10; 1/11;1/12 -**2019** 1/1 ; 1/2 ;1/3 ;1/4 ;1/5;1/6- **2020** |
| ❑ **3 אנשים** | 3,600 ₪ | 10 תשלומים:  360 ₪ כל תשלום | 1/9; 1/10; 1/11;1/12 -**2019** 1/1 ; 1/2 ;1/3 ;1/4 ; 1/5;1/6- **2020** |

נא לרשום שיק: לפקודת האגודה הישראלית לטרשת נפוצה

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**תשלום בכרטיס אשראי :**

❑ויזה ❑ מאסטרקארד ❑ ישראכרט ❑ דיינרס ❑אמריקאן אקספרס

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

**לחברים הזקוקים להנחה, אנא פנו לאגודה 03-5377002 , א-ה בין השעות 10:00-14:00  
אנו נעזור לכל חבר הרוצה להשתתף בנופש! הרישום לנופש ייסגר ב-1.9.19**

**תשלום – יום + לילה**  החזר/י לאגודה עד ל- 1.9.19

**טופס תשלום- עבור יום העיון + לינה  
 יום שלם- כולל לינה- 25.9.19 החל מהשעה 10:00- עזיבה26.9.19  
מומלץ ! לחברים שמהססים , מתלבטים או עסוקים**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **שם מלא:** | **מס' טלפון:** | **כתובת :** |
| **חבר האגודה** |  |  |  |
| **דוא"ל** |  | | |

**כל הזקוק להנחה/ פרישה רחבה יותר של תשלומים- אנא התקשרו 03-5377002!**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| מס' משתתפים | סכום בש"ח | מס' תשלומים | תאריכי תשלום |
| ❑ משתתף אחד  (קומה שניה) | 460 | 4 תשלומים  115 כל תשלום | 1/9;1/10 1/11;1/12 |
| ❑ שני משתתפים  (קומה שניה) | 920 | 4 תשלומים  230 כל תשלום | 1/9;1/10 1/11;1/12 |

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

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

4. 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-** עד 12 תשלומים |  |
| **שם בעל הכרטיס** |  |

**הערה :** האגודה מחויבת לשלם עבור הנופש מראש ועל כן, ברור לי שאם אבטל את השתתפותי עד לתאריך **10.9.19**    
 אקבל אחזר של כ- 2/3 מדמי ההשתתפות- ביטול לאחר תאריך זה לא יזכה אותי בהחזר .

**לחברים הזקוקים להנחה, אנא פנו לאגודה 03-5377002 , א-ה בין השעות 10:00-14:00  
אנו נעזור לכל חבר הרוצה להשתתף בנופש! הרישום לנופש ייסגר ב – 1.9.19**

תשלום ליום עיון בלבד החזר/י לאגודה עד ל- 1.9.19

**טופס תשלום- עבור יום העיון בלבד  
 חצי יום 25.9.19 החל מהשעה 15:00- עזיבה 22:30**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **שם מלא:** | **מס' טלפון:** | **כתובת :** |
| **חבר האגודה** |  |  |  |
| **דוא"ל** |  | | |

**כל הזקוק להנחה/ פרישה רחבה יותר של תשלומים- אנא התקשרו 03-5377002!**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **מס' משתתפים** | **סכום בש"ח** | **מס' תשלומים** | **תאריכי תשלום** |
| משתתף 1 | 130 ₪ | 2 | 8/11 ; 8/10 |
| שני משתתפים | 260 ₪ | 2 | 8/11 ; 8/10 |

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** |  |

**למשתתפים שאינם חברי האגודה ומעוניינים להגיע ליום העיון.**

**עלות:**

**150 ₪ למשתתף ו- 300 ₪ לזוג.**

החזר/י לאגודה עד ל- 1.9.19

**טיפולי רפלקסולוגיה במסגרת הנופש**

**מכללת רידמן כמידי שנה, תעניק גם השנה במסגרת הנופש טיפולי רפלקסולוגיה .**

**אני מעוניין /מעוניינת בטיפולים: כן** ❑ **לא** ❑

**שם פרטי** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **שם משפחה** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**זמני הטיפולים :**

**יום שני 24.9.19 – בוקר ואחה"צ**

**יום שלישי 25.9.19- בוקר בלבד**

**בין השעות:** 9:30-14:30 - בוקר

16:00-18:30- אחה"צ

* **לכל חבר אגודה ייקבע זמן טיפול מראש , אתם תקבלו את הלוח לפני הגעתכם לנופש.**

**לכבוד**

**האגודה הישראלית לטרשת נפוצה**

**אני הח"מ: שם פרטי \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**יודע/ת שאני צריך/ ה להביא עמי את כל אמצעי העזר שלהם אזדקק במהלך החופשה, כגון:**

**עזרי ישיבה/ עזרי רחצה/ כיסא גלגלים/ מקל / הליכון.**

**אני מבין/ה שלא יהיו במקום כיסאות גלגלים וכל אמצעי עזר אחרים.**

**אני מבין/ה שהאגודה ובית קיי אינם יכולים ומסוגלים לספק לי אביזרי עזר.**

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

**המלצה חמה :**

המרחקים אינם קטנים וכיסא הגלגלים יפתור הליכה מעייפת ואתם תיהנו יותר !!!

דמי חבר 2019- אפשר לשלם כפי יכולתכם  
  
**חברים המצטרפים לנופש, אנא בדקו באם שילמתם דמי חבר,  
 ובאם לא, אנא צרפו את דמי החבר לטופסי הרישום.  
דמי החבר שהחברים משלמים + תרומות עוזרים לשלם עבור הנופש שהוא מסובסד ברובו.  
עלות הנופש לאדם היא כ- 3,800 ₪**

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

החזר/י לאגודה

**❑ 100 ש"ח - דמי חבר לשנת 2019 עד 2 תשלומים.**

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**

**חברים המצטרפים לנופש,**

**אנא בדקו באם שילמתם דמי חבר, ובאם לא,**

**אנא צרפו את דמי החבר לטופסי הרישום.**

**חברים המצטרפים לנופש,**

**אנא בדקו באם שילמתם דמי חבר, ובאם לא,**

**אנא צרפו את דמי החבר לטופסי הרישום.**