**חולי טרשת נפוצה שאינם חברי האגודה, מוזמנים להירשם ליום העיון
רישום ליום העיון אינו מחייב רישום לאגודה!**

**היות שהאולם קטן מספר המשתתפים מכל משפחה מוגבל ל-2 משתתפים**

**טופס רישום ליום עיון לנשים חולות בטרשת נפוצה ובני משפחותיהם תושבות המרכז**

**יום שלישי, כא' אדר תש"פ- 17.3.2020- המרכז הרפואי ת"א ע"ש סוראסקי (איכילוב)**

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** |
| **□ יחידה**  | 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

 **נודה למשתתפים ביום העיון לשלם את דמי החבר לשנת 2020 – מומלץ 100 ₪ לשנה אך אפשר לשלם כפי יכולתכם**

**□מצ"ב תשלום דמי חבר**