

טופס עדכון פרטים אישיים

על מנת שתוכלי לקבל מידע לגבי מגוון השירותים וההטבות המגיעים לך כחברת ההסתדרות הרפואית ובכלל קבלת עדכונים בנושא הביטוחים שברשותך ועדכונים כלליים בנושאים שונים שעל סדר היום, נודה על עדכון פרטים בטופס זה.

1. מספר תעודת זהות: _____

2. שם פרטי בעברית: _____

3. שם משפחה בעברית: _____

4. כתובת מגורים: _____

5. תאריך לידה: _____

6. ארץ לידה: _____ תאריך עליה: _____

7. טלפון נייד: _____ טלפון בבית: _____ פקס: _____

8. דואר אלקטרוני עבודה: _____

9. דואר אלקטרוני אישי: _____

10. מצב משפחתי (הקף בעיגול): רווק/ה גרושה נשוי/אה אלמן/ה מספר הילדים: _____

11. מקום העבודה 1: _____ מעמד: שכיר/עצמאי מחלקה: _____

12. מקום העבודה 2: _____ מעמד: שכיר/עצמאי מחלקה: _____

13. מעוניין/ת בכרטיס רופא: כן/לא (יש לצרף תמונת פספורט) * כרטיס הרופא יונפק לחברי הר"י בלבד.

חתימה: _____ תאריך: _____