



דמי חבר לשנת 2019 + חובות

לכבוד

איגוד רופאי המשפחה בישראל

באמצעות מחלקת שירות וקשרי פנים - ההסתדרות הרפואית בישראל
רח' ז'בוטינסקי 35 בנין תאומים 2, רמת גן, 53126 בטל': 03-6100471/444 פקס: 03-6121610

אני החתום מטה,

פרופ' / דר' / אחר _____ ת.ז. _____

מען אישי (בית) _____

טלפון בבית _____ טלפון נייד _____

טלפון בעבודה _____ E-mail _____

מבקש/ת לשלם דמי חברות באיגוד כמסומן בטבלה:

| שנת תשלום | מומחה ברפואת משפחה | מתמחה (מתמחה ברפואת המשפחה ישלם בשנה הראשונה 75 ₪) | גימלאים (נשים מגיל 62 וגברים מגיל 67)* | חבר שלא מן המניין (מומחה ברפואה פנימית, רפואה כללית וכו')** | כלליים (טכנאים, אחיות, מזכירות - מותנה באישור ועדת קבלה) |
|-----------|--------------------|--|--|---|--|
| 2017 | 150 ₪ | 150 ₪ | 75 ₪ | 150 ₪ | 150 ₪ |
| 2018 | 150 ₪ | 150 ₪ | 75 ₪ | 150 ₪ | 150 ₪ |
| 2019 | 150 ₪ | 150 ₪ | 75 ₪ | 150 ₪ | 150 ₪ |

* - תעריף מופחת רק לחברי איגוד שהגיעו לגימלאות

באמצעות כרטיס האשראי של חברת _____ שמספרו

בתוקף עד / לא ניתן לשלם בכרטיס דיינרס

באמצעות ההמחאה המצורפת לפקודת: **איגוד רופאי המשפחה בישראל**

חתימה _____ תאריך _____