**טופס רישום כחבר בחברה לרפואת נשים בקהילה.**

אני : פרופ'/דר'/ שם משפחה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_שם פרטי\_\_\_\_\_\_\_­­­\_\_\_\_

מבקש להירשם כחבר מן המניין בחברה לרפואת נשים בקהילה. החברות בחברה מקנה כניסה חופשית לימי העיון ולכנס השנתי של החברה. חברות בחברה מקנה את האפשרות לפנייה לקבלת סיוע מקרן ההשתלמות לרופאי הנשים בקהילה.

מקום עבודה : שכיר בקופה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. עצמאי בקופה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ פרטי\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

עבודה בבית חולים \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. אחוזי משרה \_\_\_\_\_\_\_\_\_. טל' במחלקה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

רישיון מומחה ב \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מס' \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

טל' נייד \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ טל \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ דוא"ל \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

כתובת למשלוח דואר \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

לידיעת המועמד לחברות בחברה לרפואת נשים בקהילה:

 "**החברות בחברה לרפואת נשים בקהילה מותנית בחברות באיגוד למיילדות וגינקולוגיה ובהר"י .**

**חבר מן המניין - רופא חבר האיגוד והר"י בעל תואר מומחה במיילדות וגינקולוגיה, העוסק מעל 50%**

**מזמנו במרפאות הקהילה ושאינו מועסק בהיקף משרה העולה על 50% בבית חולים**" .

**דמי רישום לשנת 2019 :** בסך 200 ₪.

**תשלום בהמחאה**

המחאה מס' \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ע"ס \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ בנק \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**תשלום בכרטיס אשראי**

כרטיס אשראי: מס הכרטיס\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_שם בעל כרטיס \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תוקף\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ לא מקבלים כרטיסי דיינרס

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

הנך מתבקש **למלא את הטופס הנ"ל ולהעביר אתהתשלום** לחברת א.מ. כנסים בע"מ, לפקס מס' 03-6081522. משלוח המחאות בדואר לפקודת א.מ.כנסים בע"מ. לפי הכתובת:, א.מ.כנסים בע"מ. מגדל השחר, אריאל שרון 4 גבעתיים, טל לברורים –03-6081520