



דמי חבר לשנת 2019 + חובות

לכבוד

איגוד ישראלי לכירורגיה של היד

באמצעות מחלקת שירות וקשרי פנים - ההסתדרות הרפואית בישראל
רח' ז'בוטינסקי 35, בנין תאומים 2, רמת גן 53126

אני החתום מטה,

פרופ' / דר' / אחר _____ ת.ז. _____

מען אישי (בית) _____

טלפון בבית _____ טלפון נייד _____

טלפון בעבודה _____ e-mail _____

מבקש/ת לשלם דמי חבר באיגוד כמסומן בטבלה:

שנת תשלום	מומחה בכירורגיה של היד	מתמחה בכירורגיה של היד	רופא שאינו מומחה במקצוע האיגוד / נלווים (שאינם רופאים כגון מרפאות בעיסוק וכד')	גימלאי/ת (נשים מגיל 62 וגברים מגיל 67 עד גיל 70)	פטור גמלאים (מגיל 70 ובתנאי שהיו חברים משלמים)
2018	700 ₪	300 ₪	200 ₪	200 ₪	פטור
2019	700 ₪	300 ₪	200 ₪	200 ₪	פטור

באמצעות כרטיס האשראי של חברת _____ שמספרו _____

בתוקף עד / לא ניתן לשלם בכרטיס דיינרס

באמצעות ההמחאה המצורפת לפקודת: **איגוד ישראלי לכירורגיה של היד**

לא יתקבל מזומן!

חתימה: _____ תאריך: _____

לתשלום דמי חבר בכרטיס אשראי, נא להתקשר לטלפון: 03-6100441/444 בשעות העבודה
ניתן להחזיר את טופס התשלום עם מספר כרטיס אשראי לפקס: 03-6121610



תאריך: _____

חבר/ה נכבד/ה,

בהתאם לתקנון ההסתדרות הרפואית בישראל על כל חבר לשלם דמי חבר שנתיים בגין חברותו באיגוד, כפי שאלו מתעדכנים מעת לעת. על חברי האיגוד לשלם סכום זה בתחילת השנה. באפשרותך לחתום על הוראה שנתית מתחדשת המצ"ב מטה לחיוב כרטיסך בגין דמי חבר לאיגוד או באמצעות פקס : 03-6121610.

לכבוד הר"י – מחלקת שירות:

הוראה שנתית מתחדשת לחיוב כרטיס אשראי שברשותי.

אני הח"מ נותן בזאת את הסכמתי להר"י לגבות דמי חבר לאיגוד ישראלי לכירורגיה של היד אליו אני משתייך באופן אוטומטי מדי שנה בהתאם לתעריף האיגוד המתעדכן מעת לעת.

שם: _____ ת.ז. _____

מספר הכרטיס: _____ תוקף: _____/_____

תאריך: _____ חתימה: _____

E-mail _____

(* חבר המבקש להפסיק את החיוב האוטומטי, לו נתן את הסכמתו, מתבקש להודיע למחלקת השירות בהר"י בטלפון 03-6100444.

**** לידיעתך, כמתחייב מתקנון הר"י, חידוש החברות באיגוד מותנה בהיותך חבר/ה הר"י. אנא הסדר חברותך בהר"י בהקדם באמצעות מחלקת השירות בטלפון: 03-6100444.**