





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.**