



דמי חבר לשנת 2019 + חובות

לכבוד

האיגוד הישראלי לנפרולוגיה ויתר לחץ דם

באמצעות מחלקת שירות - ההסתדרות הרפואית בישראל

רח' ז'בוטינסקי 35 בנין תאומים 2, רמת גן 52136, טל': 03-6100471 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 חבר באיגוד כמסומן בטבלה:

שנת תשלום	מומחה במקצוע	מתמחה במקצוע	חבר שלא מן המניין (רופא שאינו מחזיק תעודת מומחיות בנפרולוגיה)	כלליים אינם רופאים (חוקרים, עובדי מעבדות וכד')	נשים מגיל 62 וגברים מגיל 67 ובתנאי שהיו חברים ושילמו במשך שנתיים
2018	₪ 300	₪ 100	₪ 250	₪ 250	פטור
2019	₪ 300	₪ 100	₪ 250	₪ 250	פטור

באמצעות כרטיס האשראי של חברת _____ ש מספרו

בתוקף עד / (לא ניתן לשלם בכרטיס דינרס)

באמצעות ההמחאה המצורפת **לפקודת האיגוד הישראלי לנפרולוגיה ויתר לחץ דם**

לא יתקבל תשלום במזומן!

חתימה: _____ תאריך: _____