

טופס רישום חברות בעמותה
 דמי חבר שנתיים - 200 ש"ח

להדפיס , למלא ולשלוח לפי הכתובת למטה.

שם משפחה: _____	עברית: _____ אנגלית: _____
שם פרטי: _____	עברית: _____ אנגלית: _____
מס' תעודת זהות: _____	תאריך לידה: _____
מצב משפחתי: _____	נשוי/אה רווק/ה אלמן/ה גרוש/ה (נא להקיף)
שם בן/בת הזוג: _____	טלפון נייד: _____
שם איש קשר נוסף: _____	טלפון נייד: _____
כתובת מגורים: _____	רחוב _____ מס' _____
	עיר _____ מיקוד _____
טלפונים: _____	בית: _____ נייד: _____
כתובת דוא"ל: _____	

כרטיס חבר

למעוניינים בכרטיס חבר, נא לצרף תמונת דרכון באיכות טובה, לשדכה לטופס ולרשום מאחוריה שם משפחה ושם פרטי בעברית. הכרטיס נועד להיות מסמך זיהוי במקרה חירום. לכרטיס אין תאריך תפוגה. הצגת הכרטיס עשויה לסייע בקיצור הליכים/המתנה בתור במקומות ציבוריים בארץ ובחו"ל.

אני החתום מטה מבקש להתקבל כחבר חדש בעמותת פרקינסון בישראל ומתחייב לקיים את הוראות התקנון ואת החלטות העמותה.

חתימה _____ תאריך: _____

את הטופס החתום יש לשלוח בדואר רגיל (ולא רשום), יחד עם המחאה ע"ס 200 ש"ח (דמי חבר לשנה הקלנדרית) בצ'ק "לא סחיר", לפקודת "עמותת פרקינסון בישראל".
 כתובת למשלוח: עמותת פרקינסון בישראל, ת.ד. 25418, תל-אביב 6125302

לבירורים ניתן לפנות בטלפון: 054-6125043 ימים א – ה בשעות 20:00 - 8:00

כל המידע ישמר בסודיות ולא יועבר לגופים מחוץ לעמותה.
 לשימוש משרדי: מספר קבלה _____ תאריך קבלה _____