

טופס רישום חברות בעמותה

להדפיס , למלא ולשלוח לפי הכתובת למטה.

	שם משפחה:	עברית: _____ אנגלית: _____
	שם פרטי:	עברית: _____ אנגלית: _____
	מס' תעודת זהות:	תאריך לידה: _____
	מצב משפחתי (לא חובה):	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 250 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**

**לברורים ניתן לפנות בטלפון: בימים א', ב', ד', בשעות 19.00-21.00 טלפון 03-5743491 :
 הקו החם - 054-6125043 ימים א - ה בשעות 8:00 - 20:00**

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