

## טופס הרשמה לחברות לעמותה

אני החתום מטה, מבקש להצטרף כחבר בעמותה לקידום הפיזיותרפיה

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_

עיר \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

ת.ז. \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_ טל. נייד \_\_\_\_\_

פקס \_\_\_\_\_ אימייל \_\_\_\_\_

מקום עבודה: \_\_\_\_\_ מספר רישיון פיז' \_\_\_\_\_

### לתשלום:

תשלום בכרטיס אשראי לפי הפרטים הבאים:

מס כרטיס \_\_\_\_\_ תוקף \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ סכום \_\_\_\_\_

ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

אבקש להוציא קבלה ע"ש: \_\_\_\_\_

את הטופס יש לשלוח למייל: [info@ipts.org.il](mailto:info@ipts.org.il)

או לפקס מספר: 03-6888107