

## טופס עדכון פרטים לעמותה

**אני החתום מטה, מבקש לעדכן פרטי כחבר בעמותה לקידום  
הפיזיותרפיה**

\* שם משפחה \_\_\_\_\_

\* שם פרטי \_\_\_\_\_

\* כתובת \_\_\_\_\_

\* עיר \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

\* ת.ז. \_\_\_\_\_

\* טלפון נייד \_\_\_\_\_

טלפון \_\_\_\_\_ פקס \_\_\_\_\_

\* אימייל \_\_\_\_\_

\* מקום עבודה: \_\_\_\_\_

**\* שדות חובה**