

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 פיזיו' _____

לתשלום: 387.5 ש"ח

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

או לפקס מספר: 03-6888107