

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: 390.6 ₪

לבחירתכם:

_____ אני רוצה שיחזרו אלי לחיוב טלפוני.
_____ אני רוצה להשאיר פרטי אשראי ושתחייבו אותי עפ"י מספר הכרטיס הזה.

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