



דמי חבר לשנת 2018 + חובות

לכבוד

החברה הישראלית להפרעת קשב

באמצעות מחלקת שירות וקשרי פנים - ההסתדרות הרפואית בישראל
רח' ז'בוטינסקי 35 בנין תאומים 2, ת"ד 3566, רמת גן 5213604

אני החתום מטה,

פרופ' / דר' / אחר _____ ת.ז. _____

מען אישי (בית) _____

טלפון בבית _____ טלפון נייד _____

טלפון בעבודה _____ E-mail _____

מבקש/ת לשלם דמי חבר בחברה כמסומן בטבלה (נא לסמן את העמודה המתאימה):

שנה	מומחה (חבר מן המניין)	חבר שלא מן המניין	מתמחה	חבר נלווה	נשים מגיל 62 וגברים מגיל 67, ובתנאי שהיו חברים ושילמו במשך שנתיים
2017	בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר או בפסיכיאטריה או בנוירולוגיה של הילד או בנוירולוגיה ברפואת ילדים או ברפואת משפחה שבער הכשרה בהפרעת קשב מטעם משרד הבריאות	רופא מומחה חבר הר"י שאינו מומחה במקצועות החברה	בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר או בפסיכיאטריה או בנוירולוגיה של הילד או בנוירולוגיה או ברפואת ילדים או ברפואת משפחה	שאינם שאינם רופאים : כגון פסיכולוג, נוירופסיכולוג, סוציולוג, איש חינוך, עובד סוציאלי פיזיולוג, פרמקולוג, רוקח, אחות, כדו'	פטור
2018	בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר או בפסיכיאטריה או בנוירולוגיה של הילד או בנוירולוגיה ברפואת ילדים או ברפואת משפחה שבער הכשרה בהפרעת קשב מטעם משרד הבריאות	רופא מומחה חבר הר"י שאינו מומחה במקצועות החברה	בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר או בפסיכיאטריה או בנוירולוגיה של הילד או בנוירולוגיה או ברפואת ילדים או ברפואת משפחה	שאינם שאינם רופאים : כגון פסיכולוג, נוירופסיכולוג, סוציולוג, איש חינוך, עובד סוציאלי פיזיולוג, פרמקולוג, רוקח, אחות, כדו'	פטור

באמצעות כרטיס האשראי של חברת _____ שמספרו _____

בתוקף עד / (לא ניתן לשלם בכרטיס דינרס)

באמצעות ההמחאה המצורפת לפקודת: **החברה הישראלית להפרעת קשב**

לא יתקבל תשלום במזומן!

חתימה: _____ תאריך: _____