

## טופס הרשמה לחברות ב"חברה לחקר מניעה וטיפול בטרשת עורקים"

(יש למלא בהדפסה, אפשר בהדבקה)

First Name: \_\_\_\_\_

שם פרטי: \_\_\_\_\_

Last Name: \_\_\_\_\_

שם משפחה: \_\_\_\_\_

ת.ז. (כולל ביקורת): \_\_\_\_\_

תואר אקדמי: (סמן ב- x במשבצת המתאימה)  Ph.D,  M.D,  אחר \_\_\_\_\_

מקצוע:  חוקר,  רופא משפחה,  רופא פנימי,  אנדוקרינולוג,  קרדיולוג,  תפקיד מנהלי הקשור בטרשת עורקים

Corporate Member שם החברה: \_\_\_\_\_

דרגה אקדמית:  מדריך,  מרצה,  מרצה בכיר,  פרופ' חבר,  פרופ' מן המניין.

נושא מחקר: \_\_\_\_\_

מילות מפתח לנושא המחקר: \_\_\_\_\_

תפקיד: \_\_\_\_\_ Appointment: \_\_\_\_\_

כתובת בבית: \_\_\_\_\_ Home address: \_\_\_\_\_

כתובת בעבודה: \_\_\_\_\_ Work address: \_\_\_\_\_

טלפון בית: \_\_\_\_\_ פקס (עבודה): \_\_\_\_\_

טלפון בעבודה: \_\_\_\_\_ דואר אלקטרוני Email: \_\_\_\_\_

תשלום דמי חברות לחברה :

רצ"ב צ'ק מספר: \_\_\_\_\_ שם הבנק: \_\_\_\_\_ סניף: \_\_\_\_\_ על סך: \_\_\_\_\_

רופא/ פרופ' - חבר: סך של 150 ש"ח, נלווה: סך של 100 ש"ח, Corporate Member: סך של 1,500 ש"ח.

אנא בדוק אם מלאת את כל הפרטים ושלח לפי הכתובת: לכבוד החברה לחקר מניעה וטיפול בטרשת העורקים, לידי

עינת, בית חולים "איכילוב", וייצמן 6 ת"א 64239 .

לברורים - טלפון: 03-6973792, פקס: 03-6974494.