**בקשה להתקבל כחבר/ה נלווה/ית באיגוד הקרדיולוגי בישראל**

**שם פרטי \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **(בעברית) (בעברית)**

**שם פרטי \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **(בלועזית) (בלועזית)**

 **מס' תעודת זהות \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך לידה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**תעודת מקצוע\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מס' רישיון במידה שקיים \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**חתימה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\* נא לצרף העתק תעודה מקצועית + שני מכתבי המלצות משני חברים מן המניין של האיגוד, אשר יציינו את העניין המיוחד בקרדיולוגיה של המועמד, וימליצו על קבלתו לאיגוד הקרדיולוגי.

\* דמי החבר השנתיים בסך 95 ₪.