



לידי:

העמותה למתמודדי כאב בישראל

הנני מעוניין/ מעוניינת להצטרף כחבר / חברת העמותה למתמודדי כאב בישראל ע"ר 580752137.

שם פרטי: _____

שם משפחה: _____

ת.ז: _____

כתובת: _____

תאריך תחילת חברות: _____

תאריך פקיעת כהונת חבר עמותה: _____ (למלא במידת הצורך ע"י הועד המנהל של העמותה)

אני מסכים.ה להצטרף לקבוצת וואטסאפ ייעודית לחברי העמותה: _____

על החתום

שם: _____

חתימה: _____ (נא לחתום ידנית)

הערות:

1. את הטופס יש להחזיר למייל: info@painisrael.org עם חתימה ידנית לאחר מילוי הבקשה.
2. אנו נחזור אליכם עם אישור במייל בהקדם האפשרי.
3. משם נצרף אתכם לקבוצת וואטסאפ שהיא לחברי עמותה בלבד. הצטרפות לקבוצת הוואטסאפ היא לא חובה, אך כל העדכונים לחברי העמותה נעשים בקבוצה הנ"ל.
4. במקרים חריגים, לעמותה יש את זכות לא לקבל לחברות. עדכון יתקבל במייל במקרה הצורך.