



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)

על החתום

שם: _____

חתימה: _____

הערות:

1. את הטופס יש להחזיר למייל: info@painisrael.org
2. עם חתימה ידנית לאחר מילוי הבקשה.
3. אנו נחזור אליכם עם אישור במייל בהקדם האפשרי.
4. משם נצרף אתכם לקבוצת ווטסאפ שהיא לחברי עמותה בלבד.
5. במקרים חריגים, לעמותה יש את זכות לא לקבל לחברות. עדכון יתקבל במייל במקרה הצורך.