

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: _____

Appointment: _____ תפקיד: _____

Home address: _____ כתובת בבית: _____

Work address: _____ כתובת בעבודה: _____

_____ פקס (עבודה): _____ טלפון בית: _____

_____ דואר אלקטרוני Email: _____ טלפון בעבודה: _____

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.

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

עינת הוכנר דושי, גרנדוס 26 רמת גן 52326

לברורים - טלפון: 0523466088