



# העמותה הישראלית להשתלות דנטליות

## The Israeli Association of Oral Implantology



### טופס חברות בעמותה לשנת 2016

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_

First name: \_\_\_\_\_ Last name: \_\_\_\_\_

כתובת מגורים: \_\_\_\_\_ עיר: \_\_\_\_\_ מיקוד (ZIP): \_\_\_\_\_

טלפון (Phone): \_\_\_\_\_ נייד: \_\_\_\_\_

כתובת E-Mail: \_\_\_\_\_

התמחות רפואית (Specialist area/Qualifications): \* \_\_\_\_\_

עלות דמי חברות בעמותה: 1350 ₪ לשנה.

אמצעי תשלום:

**שיקים:** ניתן לשלם באחד, שניים, שלושה או ארבעה תשלומים.

**כרטיס אשראי:** סוג הכרטיס: \_\_\_\_\_ פקיעת תוקף: \_\_\_\_\_

מספר הכרטיס: \_\_\_\_\_ תשלומים: 1/2/3/4

ת.ז בעלת הכרטיס: \_\_\_\_\_

### הצהרה

הנני מבקש/ת להצטרף בתור חבר/ה מן המניין ב"עמותה הישראלית להשתלות

דנטליות" Israeli Association of Oral Implantology, IAOI.

הנני מצהיר/ה בזאת כי הפרטים אשר מסרתי נכונים ומעודכנים.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

בברכה,

מזכירות העמותה

אתר העמותה: [www.IAOI.org.il](http://www.IAOI.org.il)

כתובת ליצירת קשר [cohi.amuta@gmail.com](mailto:cohi.amuta@gmail.com)

ניתן להחזיר לפקס. 08-9435192

או לשלוח בדואר העמותה הישראלית להשתלות דנטליות

רח' הזית 158

מושב בית גמליאל 76880

נייד: 054-5219532 כוכי