



לכבוד

האגודה לזכויות החולה

ת.ד. 6623

תל אביב 61066

פקס 03-6021878

אי מייל info@patients-rights.org

שלום,

אני מעוניין להתנדב באופן וולונטרי ולסייע לפעילות האגודה לזכויות החולה בישראל.

אני מבקש להתנדב בנושא/תחום: _____

אשמח לקבל פרטים נוספים על פעילותכם.

שם משפחה _____ שם פרטי _____ ת.ז. _____

רחוב _____ ישוב _____ מיקוד _____

טלפון סלולארי _____: טלפון נייד _____

כתובת דוא"ל _____

תאריך ____/____/____ חתימה _____