



טופס הצטרפות לאגודה לזכויות החולה בישראל

שם: _____

ת.ז.: _____

מען: _____

טלפון: _____

דוא"ל: _____

אני מבקש/ת בזאת להצטרף כחבר/ה באגודה לזכויות החולה בישראל.
מטרות האגודה ידועות לי ואני מזדהה איתן.

תשלום דמי חבר: רצ"ב מזומן / המחאה בסך 100 ₪ לפקודת "האגודה לזכויות החולה בישראל".

אשמח להתנדב לשירות האגודה בנושא: _____

תאריך

חתימה

לקבלת אישור שלחו את הטופס לכתובת המייל: info@patients-rights.org.il