טופס רישום חברות לאגודה

פרטים אודות הסוכרתי/ת

תאריך אבחון \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ת.ז. \_\_\_\_\_

לועזית

שם מלא בעברית \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

נ / ז

תאריך לידה לועזי \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ לידה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ku

כתובת מגורים\_\_\_\_\_\_­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ עיר\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מיקוד\_\_\_\_\_\_\_\_ אזור: צפון/דרום/מרכז/ירושלים

טל' בבית\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ נייד\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ טל' חירום \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם בית הספר \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ דוא"ל \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ עיסוק+מקום העבודה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
  
רופא סוכרת+טלפון \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם מרפאת סוכרת \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
קופ"ח: כללית / מכבי / מאוחדת / לאומית כיצד נודע לך על האגודה? אתר / פייסבוק/ מרפאה / חברים/ אחר\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מגזר: חילוני/חרדי/ערבי/אתיופי

מסכים לקבלת דיוורים מהאגודה? כן/לא

פרטים של אנשי קשר

לסוכרתיים עד גיל 21

שם האב \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ נייד האב \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ דוא"ל אב \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם האם \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ נייד האם \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ דוא"ל אם \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ת.ז. של אחד ההורים\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

לסוכרתיים מעל גיל 21

שם איש הקשר \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ קרבה: בעל/אישה/בן זוג/בת זוג/אח/אחות/אב/אם/אחר \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

נייד איש הקשר \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מקצוע+מקום העבודה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

דוא"ל \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**תשלום דמי חבר -בסך 150 ₪ לשנה | 280 ₪ לשנתיים | 420 ₪ לשלוש שנים**

מספר כרטיס      תוקy /

אופן התשלום

* מצ"ב המחאה עבור דמי חבר לשנה בסך \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ₪
* מצ"ב תרומה ע"ס \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* תשלום בכרטיס אשראי ויזה / דיינרס / ישראכרט / א. אקספרס

שם בעל הכרטיס \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מס' הכרטיס |\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_| תוקף \_\_\_\_/\_\_\_\_\_

האם ברצונך להצטרף למיזם "עיגול לטובה" (בעלי כרטיס אשראי: אמריקן אקספרס/לאומי קארד/ישראכרט) ולעגל לשקל הקרוב לטובת האגודה בכל קניה? כן / לא אם כן, אנא מלא את הפרטים הבאים:

ת.ז. של בעל הכרטיס \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3 ספרות אחרונות בגב הכרטיס \_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_

ניתן להירשם בטל' 03-5160171 / לשלוח בדוא"ל [office@jdrf.org.il](mailto:office@jdrf.org.il) לשלוח בדואר: החרושת 18, רמת השרון, 4702519.

מטרות העמותה ותקנונה ידועים לי, אם אתקבל כחבר/ה בה, אני מתחייב/ת לקבל את הוראות התקנון ואת החלטות האסיפה הכללית של העמותה.

תאריך \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

האגודה לסוכרת נעורים (סוג 1) בישראל