



## בקשה להצטרף כחבר לעמותה ללוגותרפיה בישראל

אני שם מלא \_\_\_\_\_ מען \_\_\_\_\_ מבקש/ת להיות חברה בעמותה ללוגותרפיה בישראל (ע"ר).

### א. פרטים אישיים

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_  
שם משפחה (בלועזית) \_\_\_\_\_ שם פרטי (בלועזית) \_\_\_\_\_  
תואר אקדמי/תואר \_\_\_\_\_ עיסוק \_\_\_\_\_ מקום עבודה \_\_\_\_\_  
הכשרה לוגותרפית לא כן איזו? \_\_\_\_\_  
כתובת \_\_\_\_\_ עיר \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_  
טלפון בבית \_\_\_\_\_ טלפון נייד \_\_\_\_\_ פקס \_\_\_\_\_  
דואר אלקטרוני \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

### ב. תשלום דמי חבר לשנת 2016 (בסך 200 ש"ח) (נא לסמן X במשבצת המתאימה)

1.  באמצעות העברה בנקאית או הוראת תשלום - העמותה ללוגותרפיה בישראל (ע"ר), הבנק הבינלאומי הראשון (31), סניף רוממה (006), כתובת הסניף - רח' אורן 25, חיפה 3473204, מס' חשבון - 409-469084, טלפון הבנק - 04-8280200, פקס הבנק - 03-5134005

2.  באמצעות המחאה (צ'ק) לפקודת העמותה ללוגותרפיה בישראל (ע"ר)

א. באמצעות הפקדה בבנק או תיבת שירות

ב. באמצעות הדואר, לכתובת העמותה: רח' ארבל 8 כרכור ת.ד. 5247

3.  במזומן בצרוף טופס הרשמה זה לכתובת העמותה

שנת חברות היא מ-1 בינואר עד ל-31 בדצמבר; דמי החבר הינם בסך 200 ₪ לשנה; סכום דמי החבר הינו קבוע ואינו תלוי במועד ההרשמה במהלך השנה הקלנדרית.

### ג. שאלון קצר (נא לסמן X במשבצת המתאימה)

אני מבקש/ת לקבל דפי מידע, ובהם ידיעות בנושא לוגותרפיה, לרבות מידע על העמותה ללוגותרפיה בישראל ופעילויותיה, לתיבת הדואר האלקטרוני שלי.  כן  לא

אני מאשר/ת פרסום צילומים שלי מפעילויות העמותה באתר האינטרנט של העמותה ובדפי המידע.  כן  לא

אני מאשר/ת קבלת דואר פרסומי מהעמותה ללוגותרפיה בישראל לתיבת הדואר האלקטרוני שלי.  כן  לא

אני מאשר/ת, כי מטרת העמותה ותקנונה ידועים לי. אם אתקבל כחבר/ה בה, אני מתחייב/ת לקיים את הוראות התקנון ואת החלטות האסיפה הכללית של העמותה.

על החתום \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

לשם קבלת כרטיס חבר, יש למלא טופס הרשמה זה במחשב ולשלוח אותו כשהוא מלא וחתום, בצרוף התשלום או קבלה שרוקה לכתובת הדוא"ל: [info@logotherapy.org.il](mailto:info@logotherapy.org.il) או בדואר לכתובת העמותה שלעיל.

אנו מברכים אותך על הצטרפותך!