



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 (005), 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 **במאשכ** ולשלוח אותו כשהוא מלא וחתום, בצרוף התשלום או קבלה שרוקה לכתובת הדוא"ל: info@logotherapy.org.il או **לפקס** או בדואר לכתובת העמותה שלעיל.

אנו מברכים אותך על הצטרפותך!