

טופס הצהרה ובקשה להצטרף לעמותת נמ"ג

שם _____

מס' זהות _____ שנת לידה _____

כתובת מגורים _____

כתובת למשלוח דואר _____

טל' _____ נייד _____ פקס _____

אני מבקש/ת להיות חבר/ה בעמותת נמ"ג – עמותה לחולי ניוון מקולרי גילי (AMD). מטרת העמותה והתקנון* ידועים לי. אם אתקבל כחבר/ה בעמותה, אני מתחייב/ת לקיים את הוראות התקנון ואת החלטות האסיפה הכללית של העמותה.

תאריך: _____ חתימה: _____

*ניתן לעיין בתקנון במשרדי העמותה והסניפים או לקבלו לפי בקשה.

אנא מלא/י את הפרטים הבאים:

(1) ברצוני להשתתף בקבוצת תמיכה: כן / לא

(2) אני מוכן/ה לפעול ולעזור ב: _____

(3) ברצוני לקבל את עלון "במבט חד": בדפוס _____ בתקליטור _____

גם בדפוס וגם בתקליטור _____ במקרה זה יש תוספת שנתית של 30 ש"ח.

(4) ברצוני לקבל את העלון בשפה הרוסית _____

דמי חבר לשנה הם 120 ש"ח.

ניתן לשלם את הסכום בתשלום אחד, או בשלושה תשלומים שווים ורצופים. את השיק/ים יש לרשום לפקודת עמותת נמ"ג ובציון "למוטב בלבד" בצד השמאלי של השיק/ים.

ניתן גם לשלם בכרטיס אשראי באמצעות משרדי העמותה בטל' 03-547-2751

לאחר קבלת התשלום יועברו אליך: קבלה, כרטיס-חבר (המזכה בהנחות) וטבלת מחירים של עזרי ראייה.

נא שלח עמוד זה ממולא וחתום על ידך בצרוף השיק/ים למשרדנו:

עמותת נמ"ג, התחנה המרכזית החדשה, לוינסקי 108 ת"א, ת.ד. 59519 מיקוד 61594