



תאריך _____

בקשה להצטרף כחבר/ה
החברה הישראלית לשחפת ומחלות מיקרו-בקטריאליות
של ההסתדרות הרפואית בישראל

באמצעות מחלקת שירות - ההסתדרות הרפואית בישראל
רח' ז'בוטינסקי 35, בנין תאומים 2, רמת גן 53126 בטל' 03-6100471 בפקס: 03-6121610

פרופ' / ד"ר / אחר _____ ת.ז. _____

תואר אקדמי MD / PhD : _____

מספר רישיון מומחה _____ במקצוע _____

מקום עבודה _____

נייד _____ בית _____ טלפון עבודה _____

כתובת בית _____

דואר אלקטרוני _____

תאריך _____ חתימה _____

03-6121610 ניתן להחזיר את טופס לפקס: