



מרכז
יד לבנים

ארגון להנצחת חללי מערכות ישראל
וטיפול במשפחות (ע"ר)
אתר: yadlabanim.org.il

אח/ות יקר/ה

הנדון: חברות בארגון לשנת 2021

אני, הח"מ אח/ות שכול/ה שפרטי רשומים להלן, מבקש/ת להיות חבר/ה בארגון יד לבנים – ארגון להנצחת חללי מערכות ישראל וטיפול במשפחות (ע"ר מספר: 58002076-6) ובקן דמי חבר.

שם מלא: פרטי _____ משפחה _____ ת.ל.יד _____

מספר ת.ז. בן 9 ספרות _____ מס' תיק במשהב"ט _____

טל' נייד _____ כתובת _____

מייל _____

שמות ההורים _____

שם החלל _____ ז"ל תאריך נפילה _____

אני מעוניין להשתייך לסניף יד לבנים במקום מגורי או בסניף בו מונצח החלל _____

(מחק את המיותר) יש לצרף תמונה צבעונית עדכנית.

את התמונה יש לשלוח בדואר אלקטרוני בלבד לכתובת: yochi@yadlabanim.org.il

אם העברתם בעבר תמונה למייל, אין צורך לשלוח שוב.

להזכירכם דמי חבר לשנה קלנדרית (ינואר-דצמבר) הינם: בודד 260 ₪, זוגי 332 ₪.

אפשרויות תשלום:

1. המחאה לפקודת ארגון יד לבנים
2. כרטיס אשראי (פרט לדיינרס)

בעל הכרטיס _____ ת.ז. _____

סוג הכרטיס _____ מס' כרטיס _____

תוקף _____ / 3 ספרות אחרונות בגב הכרטיס _____ סה"כ לחיוב _____ ₪

חתימת בעל הכרטיס _____

שימו לב: תשלום בכרטיס אשראי מהווה הוראת קבע מתחדשת מידי שנה בתשלום אחד בחודש ינואר של אותה שנה.

אני מתחייב לפעול על פי תקנון הארגון ולשלם דמי חבר כפי שיקבע ע"י המוסדות המוסמכים של הארגון.

יש לשלוח את הפרטים במלואם באופן שפורט כולל התמונה אחרת לא נוכל להנפיק את התעודה.

- הריני מאשר קבלת דברי דואר ועידכונים באמצעים אלקטרוניים במייל ובאמצעות הודעות לנייד*

מאשר/ת _____