

הנדון: חברות בעמותה לשנת -----

אני אלמנה/יתום/יתומה שפרטי רשומים להלן, מבקש/ת להיות חבר/ה באגודת בית יד לבנים ע"ר, עמותה המנציחה את זכרם של חללי מערכות ישראל וטיפול במשפחות (ע"ר מספר 6-58002076)

שם מלא: פרטי _____ משפחה _____ ת.לידה _____

מספר ת.ז. _____ מס' תיק במשהב"ט _____

טל' נייד _____ כתובת _____

מייל _____

שמות ההורים _____

שם החלל _____ ז"ל תאריך נפילה _____

יש לצרף תמונה צבעונית עדכנית, את התמונה יש לשלוח בדואר אלקטרוני בלבד לכתובת:

Yadlabanim02@walla.co.il

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

אפשרות תשלום:

1. המחאה לפקודת אגודת בית יד לבנים לדרוזים ע"ר

2. כרטיס אשראי

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 בתשלום אחד, החודש ינואר של אותה שנה.

אני מתחייב/ת לפעול על פי תקנון העמותה ולשלם דמי חבר שיקבע ע"י המוסדות המוסמכים של העמותה.

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

חתימת המבקש/ת: _____