לכבוד
עמותת "ילדים שלנו" במרכז שניידר
רח' קפלן 14, פתח תקווה 4920235
טלפון: 03-9217880 שלוחה 210
מייל: michal@ourchildren.org.il

עמותת ילדים שלנו
جمعية أو كلادن
Our Children Foundation

מרכז שניידר לרפואת ילדים בישראל
مركز شنايدر لطب الأطفال في اسرائيل
Schneider Children's Medical Center of Israel

טופס רכישת כרטיסים למפגש עם פרופ' ירון זליכה 19/3/2020

כרטיסים: - אני הח"מ מבקש/ת לרכוש כרטיסים למפגש, אשר יתקיים **ביום חמישי, 19/3/30 ב- 20:00,**

בבית כלל ישראל, אליהו חכים 5, רמת אביב ג', ת"א.

מחיר כרטיס: 100 ₪. כמות כרטיסים: _____. סה"כ לתשלום בגין הכרטיסים: _____₪.

אופן התשלום: *אנא הסדירו תשלום מראש!*

♥ **ברצוני לשלם באמצעות כרטיס אשראי:**

מסוג: ☐ ויזה ☐ ישראכרט ☐ מאסטרכרט ☐ דיינרס ☐ אמריקן אקספרס

מספר: ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐ תוקף: ☐☐ - ☐☐

3 ספרות בגב הכרטיס: ☐☐☐ בעל הכרטיס: _____ ת.ז.: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

♥ **ברצוני לשלם באמצעות העברה בנקאית:**

חשבון מס': 146859 ♥ בנק הפועלים, סניף רמא"ג, רח' אחימאיר 33 ת"א מספר: 568 ♥ ח.פ.: 580230472
נא ליידע את ברוריה הנה"ח העמותה על ביצוע העברה, טל': 03-9217880 ש' 212, מייל: child8@netvision.net.il

פרטים למשלוח קבלה: *קבלה ע"ש:* _____

שם פרטי: _____ **שם משפחה:** _____

שם חברה: _____ תפקיד: _____

טלפון: _____-_____ **נייד:** _____-_____

פקס: _____-_____ **דוא"ל:** _____@_____

כתובת: _____ **עיר:** _____ **מיקוד:** _____

חתימה: _____ תאריך: ____/____/____

****

במידה ואין באפשרותך להשתתף בהרצאה, תרומתך תתקבל בברכה

- סכום התרומה: _____₪ (במילים: _____₪)
- התשלום – **תרומה מלאה ע"פ סעיף 46 לפקודת מס הכנסה. לעמותה אישור כמוסד ציבורי לעניין תרומה**
  ברצוני **לתרום** באמצעות (הקף): **מזומן** / **המחאה** לפקודת "ילדים שלנו" / **כרטיס אשראי** – פירוט לעיל
- פרטי התורם: פירוט לעיל

בשם הילדים שלנו אנו מודים לך על תרומתך – תודה רבה !