**בקשת הצטרפות כחבר/ה בעמותת אפי אספרגר ישראל**

אני מבקש/ת להצטרף לעמותה . (לסמן אחת האפשרויות)

I\_I כבוגר עם התסמונת.

I\_I כהורה / בן משפחה לאדם / צעיר/ה עם התסמונת.

שם פרטי :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ משפחה : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם הבן/בת : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שנת לידה : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

כתובת מגורים :

רחוב: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מס':\_\_\_ עיר:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מיקוד:\_\_\_\_\_\_\_

טל' בבית: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ טל' נייד: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

פקס: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

במקרה של הצטרפות כ-הורה / בן משפחה :

שם הצעיר/ה : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שנת לידה : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 מסגרת לימודים נוכחית:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מקום מגורי הצעיר : בבית ההוריים : I\_I

או במסגרת אחרת : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מבקש/ת להיות חבר/ה בעמותת ''אפי אספרגר ישראל''.

ארצה להתנדב / לסייע בתחום : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ידוע לי תקנון העמותה, והריני מתחייב/ת לקיים את הוראות התקנון, ואת החלטת מוסדות העמותה.

תאריך: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

הפרטים שנמסרו הנם חסויים ולא ייעשה בהם שימוש ללא אישור וויתור סודיות, למעט לצורכי פעילות העמותה (מפגשים, פעילויות חברתיות וכיו''ב).

דמי החבר לשנה הם בסך 250₪.

או להפקידם ישירות לחשבון העמותה, מס' 232257 בנק הפועלים (12) סניף 679.

 או ע"י משלוח המחאה בדואר. את ההמחאה יש לרשום לפקודת: עמותת אפי - אספרגר ישראל (ע.ר), ולשלוח את ההמחאה לכתובת : עמותת אפי דיזנגוף 253 ת"א 6106710.

 או למסור את פרטי האשראי טלפונית למשרד העמותה בטלפון 035446046.

 או לשלם בדף מאובטח בקישור באתר.

<https://secure.cardcom.solutions/e/RJc/>

את הטופס המלא יש לשלוח אלינו במייל ל כתובת :

Effie.israel@gmail.com

 או בדאר ישראל לכתובת: עמותת אפי, ת.ד. 6757 תל אביב, 61067.