

## תשלום דמי חבר לתנועת אומ"ץ

שם פרטי : משפחה :  
מס' ת.ז. : תאריך לידה :  
**כתובת:**  
רח' : מס' בית :  
יישוב : מיקוד :  
טלפון בית : טלפון עבודה :  
נייד : פקס :  
כתובת מייל :

אני הח"מ מאשר בזאת תשלום דמי חבר שנתיים בסך 150 ₪  
(או סכום גבוה יותר שייחשב כתרומה).

מס' כרטיס אשראי : תוקף :  
חברת האשראי :  
תאריך : חתימה :

קבלה תישלח בדואר לכתובת הרשומה מעלה.