



מועצת ההסמכה הארצית  
הלשכה למקצועות בריאות משלימים

מספר RCP: \_\_\_\_\_

## טופס רישום לפנקס המטפלים לשנת 2011

\* טופס זה יש לשלוח אל האיגוד המקצועי, במידה והנך חבר ביותר מאיגוד אחד יש לשלוח אל כל אחד מהם בנפרד.  
הפרטים הנ"ל יפורסמו באתר האינטרנט בפנקס המטפלים:

שם פרטי: \_\_\_\_\_ First name: \_\_\_\_\_

שם משפחה: \_\_\_\_\_ Last name: \_\_\_\_\_

תואר אקדמאי: ברישומי המועצה ירשמו תארי M.D, Ph.D בלבד  
M.D: בפנקס המטפלים יצוין התואר MD לרופאים בעלי רישיון לעיסוק ברפואה בארץ.  
Ph.D: כדי שהתואר יצוין ליד שמך, נא לצרף מסמך המאשר כי התואר מוכר כחוק ע"י משרד החינוך.

חבר/ה באיגוד המקצועי ל: \_\_\_\_\_ לשנת 2011  
רפואה סינית הומיאופתיה רפלקסולוגיה עיסוי פלדנקרייז אלכסנדר פאולה אינטגרציה מבנית רייקי

\* הנני מעוניין  לא מעוניין  בפרסום:  מספר טלפון נייד  מספר טלפון נייד

\* הנני מעוניין  לא מעוניין  בפרסום:  כתובת הדואר האלקטרוני א  אתר האינטרנט

הפרטים הנ"ל לא יפורסמו (אלא אם צוין אחרת) והם מיועדים לתיעוד ורישום בלבד. חובה למלא את כל הפרטים.

מספר ת.ז.: \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**כתובת:** אזור: \_\_\_\_\_ דרום \_\_\_\_\_ צפון \_\_\_\_\_ מרכז \_\_\_\_\_ אזור ירושלים \_\_\_\_\_

רחוב ומספר בית: \_\_\_\_\_

עיר: \_\_\_\_\_ מיקוד: \_\_\_\_\_

מספר טלפון: \_\_\_\_\_ מספר טלפון נייד: \_\_\_\_\_

דואר אלקטרוני: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

כתובת אתר האינטרנט: \_\_\_\_\_ WWW.

ביטוח מקצועי: האם הנך מבוטח בביטוח הלשכה בסוכנות רפפורט מדנס כן / לא / אחר / לא מבוטח כלל

הרישום לפנקס המטפלים כרוך בתשלום ע"ס 50 ₪. לתשומת לבך:

\* גם אם נרשמת כבר לאיחוד לשנה זו, את ההמחאה יש לרשום לפקודת "איחוד הרייקי בישראל".

\* במידה והנך זכאי לRCP, וטרם חידשת חברותך באיחוד לשנה זו, נא צרף טופס זה לטופס הרישום לאיחוד,

בצירוף המחאה אחת בסך 230 ש"ח לפקודת איחוד הרייקי בישראל.

תעודה וקבלה ישלחו לכתובת שצוינה ע"ג הטופס.

## הצהרה:

- ❖ הנני מצהיר כי כל הפרטים הרשומים מעלה הינם נכונים ומדויקים.
- ❖ הנני מתחייב לפעול בהתאם להנחיות האיגוד המקצועי אליו שייך, שמירת הקוד האתי וכן עיסוק בפועל רק בתחומים בהם הוכשרתי כנדרש.
- ❖ ידוע לי כי הרישום לפנקס המטפלים של מועצת ההסמכה כפוף לחברות בפועל באיגוד מקצועי והינו בתוקף כל עוד הנני חבר בפועל באיגוד מקצועי.
- ❖ ידוע לי כי פנקס המטפלים מתפרסם באתר האינטרנט המתאים של הלשכה וכי הפרטים שאישרתי לפרסום יופיעו באתר.

\_\_\_\_\_ תאריך:

\_\_\_\_\_ חתימה:

### אישור האיגוד המקצועי

שם האיגוד:

רפואה סינית הומיאופתיה רפלקסולוגיה עיסוי פלדנקרייז אלכסנדר פאולה אינטגרציה מבנית **רייקי**

הרינו מאשרים כי הנ"ל עומד/ת בכל הקריטריונים המתאימים לדרישות האיגוד המקצועי.

הרינו לאשר כי הנ"ל חבר איגוד בפועל לשנת 2011

\_\_\_\_\_ חותמת האיגוד

\_\_\_\_\_ חתימה

[www.altmedor.com](http://www.altmedor.com)

**הלשכה למקצועות בריאות משלימים**

**מועצת ההסמכה הארצית**

ת.ד 1217 גבעתיים 53111 מייל: [con.rcp@gmail.com](mailto:con.rcp@gmail.com)

טלפון: 03-6709807