



פרטי הנרשמים

<input type="text"/>	שם משפחה	<input type="text"/>	שם פרטי *
<input type="text"/>	כתובת מגורים *	<input type="text"/>	תעודת זהות *
<input type="text"/>	לידה מספר?	<input type="text"/>	כתובת מייל
<input type="text"/>	באיזה בית חולים אתם רוצים ללדת *	<input type="text"/>	תאריך לידה משוער *
<input type="text"/>	טלפון זמין אשה *	<input type="text"/>	טלפון זמין בעל *
<input type="text"/>	הערות	<input type="text"/>	באיזה קופ"ח אתם מבוטחים? *

את הטופס יש לשלוח בכתב ברור וקריא ובעט שחור בלבד
לפקס מספר: 072-33-77-225 או למייל: aa10578a@gmail.com

אישור לקבלת המענק יתקבל תוך שבוע מיום השליחה, במקרה ולא קבלתם שום תגובה, שילחו שוב
את הטופס.