



נספח מס' 2 - המסמכים הדרושים להגשת מועמדות:

א. חבר בעמותה.

1. טופס בקשה ופרטים אישיים. ראה נספח מס' 2.
2. אישורים על השכלה והכרה במקצוע ראשי.
3. 2 המלצות מחברים בעמותה. ראה נספח מס' 3.

העמותה הישראלית למניעה, טיפול ומחקר בהפרעות אכילה (ע"ר)
IAED – Israeli Association of Eating Disorders



(ע"ר 038886 – 58)

בקשה להתקבל כחבר עמותה.

אני

מס' ת.ז.

שם משפחה

שם פרטי

מבקש להיות חבר בעמותה הישראלית לטיפול חקר ומניעה של הפרעות אכילה.

מטרות העמותה ותקנון העמותה ידועים לי. אם אתקבל כחבר בה, אני מתחייב לקיים את הוראות התקנון ואת החלטות האסיפה הכללית של העמותה.

חתימה

תאריך

א. פרטים אישיים:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____

מין - ז / נ. תאריך לידה: _____

כתובת בבית: _____

כתובת בעבודה: _____

טלפון בית: _____ טלפון עבודה: _____

טלפון נייד: _____ דוא"ל: _____

ב. השכלה:

מקצוע: _____

תואר אקדמי: _____

הוענק מטעם: שם המוסד: _____ תאריך: _____

מומחיות: _____

מספר תעודה במשרד הבריאות: _____

ה. המלצות:

1. שם הממליץ _____ מקצוע: _____

מעמד בעמותה: _____ טלפון: _____

2. שם הממליץ _____ מקצוע: _____

מעמד בעמותה: _____ טלפון: _____

העמותה הישראלית למניעה, טיפול ומחקר בהפרעות אכילה (ע"ר)
IAED – Israeli Association of Eating Disorders



(ע"ר 038886 – 58)

תאריך: _____

שם המועמד/ת: _____

מקצוע: _____

שם הממליץ/ה: _____ מקצוע: _____

מקום העבודה: _____ טלפון: _____

דוא"ל: _____

טיב הקשר בין הממליץ/ה והמועמד/ת:

עמית לעבודה. עמית מחקר. מדריך / מנחה. ממונה ישיר בעבודה. אחר.

אני מכיר/ה את המועמד/ת ומעיד/ה כי יש לו/לה ידע וניסיון קליני בתחום הפרעות האכילה שאינם מוטלים בספק, והוא/היא מכיר/ה ותומכת/ת במטרות העמותה והוא/היא ראוי/ה להיות חבר/ה בעמותה.

שם הממליץ: _____

חתימה: _____

תאריך: _____

העמותה הישראלית למניעה, טיפול ומחקר בהפרעות אכילה (ע"ר)
IAED – Israeli Association of Eating Disorders



(ע"ר 038886 – 58)

תאריך: _____

שם המועמד/ת: _____

מקצוע: _____ מקום עבודה: _____

שם הממליץ/ה: _____ מקצוע: _____

מקום העבודה: _____ טלפון: _____

דוא"ל: _____

חבר/ה בעמותה מתאריך: _____

הנימוקים להענקת התואר למועמד/ת (תרומתו הייחודית לטיפול, חקר ומניעה של הפרעות אכילה):

שם הממליץ: _____

חתימה: _____

תאריך: _____

העמותה הישראלית למניעה, טיפול ומחקר בהפרעות אכילה (ע"ר)
 IAED – Israeli Association of Eating Disorders



(ע"ר 038886 – 58)

תאריך: _____

עבור:

שם מלא: _____

ת.ז. _____

הננו להודיעך כי בישיבתה ביום _____ החליטה ועדת ההסמכה:

לקבל את מועמדותך לחברות בעמותה.

חברותך תהיה תקפה מיום תשלום דמי החבר.

לא לקבל את מועמדותך לחברות בעמותה.

הנימוקים:

הנך רשאי/ת לערער על החלטה זו בפני ועד העמותה.

יו"ר הועדה: _____