

נא לסמן ✓ מימין לקבוצתך:

יום ו'	יום ה'	יום ד'	יום ג'	יום ב'	יום א'	הנני חברה/ בקבוצה:	
	גבעתיים	רחובות	בנימינה	הרצליה	כפר-סבא ערב		
	נתניה	רעננה	ראשון לציון	כפר-סבא	רמת-גן ערב		
	פתח-תקוה	שרון ערב	רעננה	רעננה ערב	רמת-השרון		
	רמת-אביב	תל-אביב		שרון			

שם משפחה:	שם פרטי:	תעודת זהות:	תאריך לידה:
כתובת פרטית – רחוב ומס':		שכונה:	ישוב:
טלפון בעסק:		טלפון נייד:	פקס:
כתובת העסק: רחוב ומס':		שכונה:	ישוב:
דואר אלקטרוני:		כתובת אתר אינטרנט:	

פרטים
אישיים:

הכובע שלי כרגע הוא:

הסיבה להחלפה:

שם העסק:	תאור הפעילות העסקית (כפי שברצונך להופיע באתר IBC ובאוגדן החברים):	עד 16 מילים ←

ברצוני
להחליף
הכובע
שלי ל:

נסיון מקצועי בכובע החדש:	לימודים / תעודה מקצועית:

תאריך:	חתימת מגיש הבקשה:

החלטת הנהלת הקבוצה:	לא אשר שינוי הכובע	לא אשר שינוי הכובע	חתימת נציג הקבוצה:

את הטופס המאושר נא לשלוח לדני אילני, מזכיר הארגון, בפקס 09-9570532 או בדואר אלקטרוני: ibc@ibcil.com

לשימוש משרדי:	עודכן באופן.	עודכן באתר.	דווח לחברי הארגון.