

עמותה רשומה מספר 58-0123222

שלום רב,

"חוק החולה הנוטה למות" מאפשר לחולה הסופני לדרוש אי-הארכת חייו באמצעים מלאכותיים. למרבה הצער, החוק חלקי ואנו בליל"ך עושים להרחבתו. כיום ניתן למלא טופס "הנחיות רפואיות מקדימות" של משרד הבריאות ללא תשלום, אלא שטופס זה מסורבל וקשה למילוי. ליל"ך פועלת בהתמדה לפישוט המסמך הזה ותהליך אישורו. כמו כן יש לנו אחיות מוסמכות שמתנדבות לעזור במילוי הטופס.

מאחר שעמותת ליל"ך פועלת בלא כל תמיכה כספית ומרבית עובדיה הם מתנדבים, החברות בעמותה כרוכה בתשלום דמי חבר שנתיים:

120 ₪ ליחיד 190 ₪ לזוג

נא למלא את בקשת ההצטרפות (בהמשך עמוד זה), לחתום עליה כנדרש ולהחזירה אלינו בדוא"ל או בפקס. לאחר שנקבל את הטופס ודמי חבר נשלח לכם "ההנחיות הרפואיות המקדימות" של משרד הבריאות.

נשמח להשיב טלפונית על כל שאלה הקשורה בהצטרפות לעמותה; בימים א'-ה' בשעות 08:30-12:30 (ניתן גם להשאיר הודעה במענה הקולי בכל שעה משעות היממה ואנו נשמח להתקשר אליך בהקדם).

בקשת הצטרפות לעמותה

אני החתום/מה מטה מעוניין/נת להצטרף כחבר/ה בעמותת ליל"ך לחיות ולמות בכבוד. מטרת העמותה ידועות לי ואני מתחייב/ת לקבל את החלטות האסיפה הכללית של חברי העמותה המתקיימת אחת לשנה ואשר אליה מוזמנים כל חברי העמותה. כן אני מתחייב/ת לשלם את דמי החבר השנתיים במועדם.

את דמי החבר (120 ₪ ליחיד, 190 ₪ לזוג) ניתן לשלם בכרטיס אשראי, בהעברה בנקאית, בהמחאה לפקודת ליל"ך לחיות ולמות בכבוד או בבנק הדואר באמצעות שובר.

שם פרטי _____ שם משפחה _____ ת"ז _____ טל' _____
 תאריך לידה ___ / ___ / ___ מקצוע _____ תאריך ___ / ___ / ___ חתימה _____
 שם פרטי _____ שם משפחה _____ ת"ז _____ טל' _____
 תאריך לידה ___ / ___ / ___ מקצוע _____ תאריך ___ / ___ / ___ חתימה _____
 כתובת _____ דואר אלקטרוני(*) _____

(*) בזה נתונה הסכמתי לקבלת עדכונים, הודעות וכל חומר אחר מטעם העמותה לכתובת הדוא"ל שלי, כמתחייב מחברותי בה.