برگ درخواست عضویت

نام .....

نام خانوادگی .....

شماره نظام پزشکی .....

شماره کد ملی .....

۱ ـ آدرس (مطب) .....

.....

.....

.....

کدپستی .....

تلفن .....دورنگار .....

۲ ـ آدرس محل کار (بیمارستان، کلینیک).....

.....

.....

کدپستی .....

تلفن .....دورنگار .....

به تفکیک الفبای لاتین

First Name:

Last Name:

۳ ـ آدرس منزل .....

.....

.....

.....

کدپستی .....

تلفن .....دورنگار .....

تلفن همراه.....

Email.....

کدامیک از سه آدرس فوق را برای ارسال نامه ها و مجله های علمی ترجیح می‌دهید ؟ ۱ ـ ◯ ۲ ـ ◯ ۳ ـ ◯

تخصص اول ..... تخصص دوم .....

مدارک لازم : فتوکپی دانشنامه (های) تخصصی

دو قطعه عکس ۴×۳

فتوکپی صفحه اول شناسنامه و کارت ملی

پرداخت ۱/۵۰۰/۰۰۰/- ریال حق عضویت

واریز به شماره حساب ۱۴۳۶۹۸۶۷۴۲ بانک ملت شعبه میرداماد کد ۶۵۰۷۸

تاریخ

امضاء