برگ درخواست عضویت

نام .....

نام خانوادگی .....

شماره نظام پزشکی .....

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 دو آدرس فوق را برای ارسال نامه ها و مجله های علمی ترجیح می دهید ؟ ۱ – ◯ ۲ – ◯

تخصص اول ..... تخصص دوم .....

مدارک لازم : فتوکپی دانشنامه (های) تخصصی

دو قطعه عکس ۴×۳

فتوکپی صفحه اول شناسنامه و کارت ملی تاریخ

پرداخت –/۵۰۰/۰۰۰ ریال حق عضویت امضاء

واریز به شماره حساب ۱۴۳۶۹۸۶۷۴۲ بانک ملت شعبه میرداماد کد ۶۵۰۷۸