

توجه:
محل الصاق کارت
عضویت قبلی



محل الصاق
عکس ۴*۳

بسمه تعالی

انجمن داروسازان ایران

فرم درخواست صدور / تمدید / المثنی کارت عضویت

شماره عضویت:

تاریخ:

Name:..... نام

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Surname:..... نام خانوادگی

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

نام پدر..... شماره شناسنامه..... شماره ملی.....

محل تولد..... تاریخ تولد..... /..... /.....

فارغ التحصیل دانشکده داروسازی..... در مقطع..... سال.....
تخصص.....

شماره پروانه / دانشنامه..... شماره نظام پزشکی..... شماره عضویت انجمن داروسازان
ایران..... نوع فعالیت.....

وضعیت تأهل..... نام و نام خانوادگی همسر..... درجه تحصیلی همسر.....

آدرس محل سکونت:

استان..... شهر..... خیابان..... کوچه.....

پلاک..... تلفن منزل..... کد شهرستان.....

تلفن همراه..... پست الکترونیک.....

آدرس محل فعالیت:

استان..... شهر..... خیابان..... سازمان / داروخانه.....

تلفن محل کار..... کد پستی..... سمت شغلی.....

اینجانب..... با اطلاع از مفاد اساسنامه انجمن داروسازان ایران و قبول کلیه موارد آن تقاضای

صدور کارت عضویت تمدید کارت عضویت صدور کارت عضویت المثنی

را دارم و مبلغ..... را طی فیش واریزی به شماره..... به حساب بانک..... در

تاریخ..... پرداخت نموده ام.

امضاء متقاضی و تاریخ:

تأیید دبیر انجمن داروسازان ایران

فاقد عنوان دکتری

دارای عنوان دکتری