|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 002.jpg | فرم درخواست عضويت كتابخانه( پزشكان و كارمندان ) | arm3  دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز |
| **كد سند: KH/QU/LF/01/1** |

|  |  |
| --- | --- |
| شماره عضويت : | محل الصاق عكس |
| **مشخصات فردي:**  **نام : نام خانوادگي: نام پدر: شماره شناسنامه:**  **محل تولد: تاريخ تولد : كدملي:**    **آدرس پست الكترونيكي:** |
|  |
| **اطلاعات محل اقامت :**  **آدرس محل سكونت :**  **تلفن ثابت : تلفن همراه :** | |
| اطلاعات تحصيلي:  **آخرين مدرك تحصيلي : رشته تحصيلي:**  **وضعيت استخدامي :**  **محل خدمت:**  **شماره نظام پزشكي يا پرستاري:**  **تاريخ خاتمه خدمت يا همكاري ( براي افرادي كه به صورت طرح مشغول به خدمت مي باشند)** | |
| **اينجانب ............................................. قوانين و مقررات كتابخانه مركز را پذيرفته و متعهد مي شوم كليه ي قوانين را رعايت نمايم در غير اينصورت برابر مقررات كتابخانه برخورد خواهد شد .**    تاريخ تكميل فرم : امضا : | |
| **آدرس كتابخانه : استان البرز – ميدان شهدا – خيابان كمالي – مركز آموزشي درماني كمالي**  **تلفن : 32402161-026 داخلي 483**  **ايميل اداري كتابخانه: Kamali.Library@abzums.ac.ir** | |