|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 002.jpg | فرم درخواست عضويت كتابخانه( پزشكان و كارمندان ) | arm3دانشگاه 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**  |