

مدارک جهت عضویت و تعویض کارت داروسازان محترم

۱. یک قطعه عکس ۴*۳
۲. کپی شناسنامه (یک سری)
۳. کپی کارت ملی (یک سری)
۴. کپی پروانه دائم یا موقت داروسازی یک سری یا معرفی نامه (پایان خدمت)
۵. کپی کارت نظام پزشکی یک سری
۶. اصل و کپی کارت عضویت قدیمی انجمن جهت افراد برای تعویض کارت
۷. تکمیل فرم مشخصات (به پیوست)
۸. واریز مبلغ ریال جهت سالهای قبل از ۹۸ به حساب انجمن داروسازان فارس به شماره ۵۸۵۹۸۳۷۰۰۲۶۵۰۷۰۹ بانک تجارت بنام انجمن داروسازان ایران - شعبه فارس
۹. واریز مبلغ ریال جهت سالهای ۹۸ به بعد بابت حق عضویت به شماره کارت ۶۱۰۴۳۳۷۸۶۴۳۷۲۳۱۱ بانک ملت بنام انجمن داروسازان ایران

توجه :
محل الصاق کارت
عضویت قبلی



محل الصاق
عکس ۴*۳

انجمن داروسازان ایران

فرم درخواست صدور / تمدید / المثنی کارت عضویت

شماره عضویت :

تاریخ :

Name:

نام :

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

Surname:

نام خانوادگی :

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

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 تاهل..... 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/اداروخانه.....

تلفن محل کار..... کدپستی..... 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 المثنی

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

تاریخ..... پرداخت نموده ام.

امضاء متقاضی و تاریخ :

تائید دبیرانجمن داروسازان ایران

دارای عنوان دکتری فاقدعنوان دکتری