

استمارة طلب عضوية

الاسم : الجنسية :

تاريخ الميلاد : / / الديانة :

المؤهلات :

(1) الدرجة العلمية الاولى : بكارليوس طب وجراحة

الجامعة : التاريخ : / /

(2) درجة التخصص :

الجامعة : التاريخ : / /

(3) عضوية نقابة المهن الطبية : رقم العضوية :

الوظيفة الحالية : التليفون :

محل الإقامة : التليفون :

الايمل :

السيد / رئيس مجلس ادارة الجمعية المصرية لعيون الأطفال والحول

تحية طيبة وبعد ،،،

رجاء الموافقة على انضمامي عضواً عاملاً / منتسباً بالجمعية. وافيدكم علماً انني قد اطلعت على لائحة النظام الاساسي للجمعية ووافق على ما جاء فيه. وقد قمت بسداد رسم العضوية

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

امضاء

.....

قرار مجلس الإدارة : التاريخ : / /