



انجمن جراحان ارتوپدی ایران
Iranian Orthopaedic
Association

فرم درخواست عضویت انجمن جراحان ارتوپدی ایران
سال ۱۳۹۹

نام:	به تفکیک الفبای لاتین	First Name:
نام خانوادگی:		Last Name:
شماره نظام پزشکی:	آدرس محل سکونت:	تلفن منزل: تلفن همراه:
کد ملی:	آدرس مطب:	تلفن مطب: فکس:
تاریخ تولد: محل تولد:	تلفن منزل: فکس:	تلفن مطب: فکس:
متخصص ارتوپدی از دانشگاه: سال:	تلفن منزل: فکس:	تلفن مطب: فکس:
دکتر از دانشکده پزشکی: سال:	تلفن منزل: فکس:	تلفن مطب: فکس:
درجه دانشگاهی (در گذشته و حال):	تلفن منزل: فکس:	تلفن مطب: فکس:
رشته تخصصی ارتوپدی:	تلفن منزل: فکس:	تلفن مطب: فکس:
سابقه کار:	تلفن منزل: فکس:	تلفن مطب: فکس:
آدرس الکترونیکی:	تلفن منزل: فکس:	تلفن مطب: فکس:

مدارک مورد نیاز برای عضویت:

۱. بیوگرافی علمی یا CV
۲. فتوکپی مدارک تخصصی (کپی صفحه اول شناسنامه و کارت ملی)
۳. فتوکپی پروانه مطب
۴. سه قطعه عکس ۴×۳
۵. پرداخت حق عضویت سالانه مبلغ ۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال به شماره حساب ۷۵۱۸۸۳۷۵ بانک رفاه به نام انجمن جراحان ارتوپدی ایران واریز و اصل رسید را به نشانی دفتر انجمن ارتوپدی ارسال یا فکس فرمائید.

امضاء هیئت مدیره: