



نموذج طلب عضوية  
Membership Application Form

Name:----- الاسم :

D.O.B:----- تاريخ ومكان الميلاد (اختياري):

Sex:  أنثى  ذكر الجنس: Nationality:----- الجنسية :

F  M

ID / Passport No.( Optional):----- بطاقة الأحوال/ الإقامة ( اختياري) :

Place & Date of Issue:----- تاريخ ومكان الإصدار:

Present Position :----- الوظيفة الحالية:

Work Place:----- جهة العمل :

Tel.No : (Office) ----- (Home)----- تلفون المنزل : تلفون العمل :

Mobile:----- الجوال :

Fax:----- فاكس :

Email:----- البريد الإلكتروني :

Postal Address:----- العنوان البريدي :

Region:----- City:----- المدينة :

P.O.Box:-----Postal Code:----- ص. ب : الرمز البريدي :

نموذج طلب عضوية

Educational & Professional Qualifications المؤهلات العلمية

البلد Country	الجامعة University	سنة التخرج Graduation Date	البكالوريوس Medical Degree
-----	-----	-----	-----
تاريخها Date	الجهة المانحة : Issuing authority		شهادات الاختصاص Specialty Certificate
-----	-----		-----
<input type="checkbox"/> عضو شرف Honorary membership	<input type="checkbox"/> عضو منتسب Associate Membership	<input type="checkbox"/> عضو عامل Full membership	نوع العضوية: Type of Membership

Name:----- الاسم :

Signature:----- التوقيع :

Date:----- التاريخ :