

فرم عضویت اعضا حقیقی انجمن تحقیقات آزمایشگاهی ایران

نام خانوادگی:*	نام:*
تاریخ تولد:*	نام پدر:*
کد ملی:*	محل تولد:*
شماره شناسنامه:*	محل صدور:
رشته تحصیلی:*	آخرین مدرک تحصیلی:*
سال دریافت:*	دانشگاه محل اخذ مدرک تحصیلی:*
<p>نوع عضویت:*</p> <p> <input type="checkbox"/> پیوسته <input type="checkbox"/> وابسته <input type="checkbox"/> دانشجویی </p> <p> عضویت پیوسته (۴۰ هزار تومان): فارغ التحصیلان دوره کارشناسی ارشد و دکتری و دانشجویان دوره دکتری عضویت وابسته (۲۰ هزار تومان): فارغ التحصیلان دوره کارشناسی عضویت دانشجویی (۲۰ هزار تومان): دانشجویان دوره های کارشناسی و کارشناسی ارشد </p>	
نشانی محل کار:*	
نشانی منزل:	
شماره تلفن همراه:*	شماره تلفن ثابت:
آدرس ایمیل:*	
آیا عضو هیأت علمی یکی از دانشگاه ها و یا مراکز آموزش عالی می باشید؟ (با ذکر نام دانشگاه) *	

اینجانب ضمن تأیید مندرجات فوق، درخواست عضویت در «انجمن تحقیقات آزمایشگاهی ایران» را دارم و متعهد می شوم که کلیه مقررات اساسنامه انجمن را رعایت کرده و از انجام اعمال مغایر با اهداف انجمن دوری گزینم.

نام و نام خانوادگی / امضاء *

تاریخ تکمیل فرم: