



انجمن علمی حقوق پزشکی ایران

فرم درخواست عضویت: پیوسته دانشجویی وابسته

مشخصات فردی:

Name	Surname		نام خانوادگی	نام
شغل فعلی	شماره ملی	شماره	تاریخ تولد (روز/ماه/سال):	
		شناسنامه	شمسی	میلادی

سوابق تحصیلی:

مقطع تحصیلی	رشته تحصیلی	دانشگاه محل تحصیل	تاریخ اخذ مدرک
دکتری			
کارشناسی ارشد			
کارشناسی			
سایر تخصص‌ها			

آدرس و شماره تماس:

آدرس محل کار: _____
 شماره ثابت (با پیش شماره): _____
 شماره تلفن همراه: _____
 Email: _____

معرف: ۱- _____ ۲- _____ ۳- _____

تعهدات و شرایط عضویت:

- ۱- پایبندی به اصول و موازین اخلاقی و قانون اساسی؛
- ۲- اعلام آمادگی برای شرکت فعال در یکی از کمیته‌های انجمن، متناسب با تخصص و انگیزه شخصی؛
- ۳- شرکت در جلسات ماهانه، سخنرانی‌های علمی انجمن و همایش‌ها و نشست‌های علمی؛
- ۴- شرکت فعال در جلسات سالانه انجمن، مجامع عمومی عادی و فوق‌العاده، انتخابات هیأت مدیره و دیگر فعالیت‌های انجمن؛

توضیحات: مطابق با اطلاعات مندرج در سایت انجمن به نشانی www.iranmedicallaw.ir
 فرم تکمیل شده به همراه مدارک ضمیمه به آدرس ایمیل به نشانی iamedlaw@gmail.com
 ارسال گردد.

تاریخ و امضاء: _____