

وزارة البحث العلمي
مجلس المراكز والمعاهد البحثية
مشروع الرعاية الصحية

صورتان
فوتوغرافيتان
حديثتان

استمارة الإشتراك

المركز /المعهد :
اسم العضو :
الوظيفة :
الدرجة الوظيفية :
تاريخ بداية التعيين :
تاريخ الميلاد :
الحالة الاجتماعية :
اسم الزوج / الزوجة :
العنوان :
التليفون :
الرقم القومي :
البريد الالكتروني :
e-mail :
الأولاد :

تاريخ الميلاد	الاسم	مسلسل
		١
		٢
		٣
		٤
		٥

أى بيانات اضافية:

اعتماد المركز أو المعهد

الوظيفة:

التوقيع:

الختم:

**أوافق على خصم الاشتراك السنوي من الراتب شهرياً

توقيع العضو

التجديد سنوياً خلال شهر يوليو من كل عام
يرفق مع الطلب : * صورتان فوتوغرافيتان حديثتان مقاس ٦x٤
* صورة بطاقة الرقم القومي وجهان