**بسمه تعالي**

**دانشگاه علوم پزشكي رفسنجان**

**فرم عضويت كتابخانه دانشكده دندانپزشكي**

شماره عضويت: تاريخ عضويت:

نام: نام خانوادگي: نام پدر: شماره شناسنامه:

زن مرد تاريخ تولد : روز/ ماه/ سال

مقطع تحصيلي: رشته تحصيلي : كد ملي:

هيات علمي دانشجو كارمند بازنشسته

شماره نظام پزشكي: واحد بازنشستگي: شماره دانشجويي:

آدرس پستي محل سكونت:

تلفن منزل كد شهر تلفن همراه

آدرس محل خدمت: تلفن محل خدمت

اينجانب تعهد مي نماييم:

با آگاهی از تمام مفاد آیین نامه کتابخانه های دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان درباره امانت، دیرکرد و خسارت وارده به منابع کتابخانه نسبت به عضویت اقدام کرده ام.

امضا متقاضي