

التعويضات الاصطناعية لعراقية
Iraqi Prosthodontic Group Membership Subscription Form

. لبيانات الشخصية :

(بالعربية):

(بالإنجليزية) :

الجنسية:

العنوان البريدي :

عنوان الوظيفة:

عنوان العيادة:

هاتف :

عنوان بريد الكتروني (e mail) :

أرغب بأن يوضع إسمي في الدليل المطبوع ودليل الموقع الإلكتروني لأعضاء التعويضات الاصطناعية لعراقية.

. الشهادة الجامعية الأولى (البكالوريوس) :

_____ : _____ :

. شهادات التخصص:

_____	_____	_____	إسم الشهادة	_____ / _____

. يرسل نسخة عن شهادات الإختصاص الحاصل عليها

. : دينار عراقي.
(يتم إصدار شهادة عضوية وهوية).

. الموقع أدناه أقر بأن جميع المعلومات الواردة بنموذج الإنتساب هذا وجميع الوثائق المرفقة هي صحيحة وحقيقية.
وأتعهد بالإلتزام بجميع الأنظمة الخاصة بالعضوية التي صدرت و تلك التي ستصدر عن التعويضات الاصطناعية لعراقية.

التوقيع _____

التاريخ :