



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مازندران

دانشکده دندانپزشکی ساری

محل الصاق
عکس

فرم عضویت کتابخانه

شماره عضویت:

تاریخ عضویت:

مشخصات متقاضی:

نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	تاریخ تولد: / / ۱۳
کد ملی:	مقطع تحصیلی:	شماره دانشجویی:	
آدرس منزل:	تلفن ثابت:		
تلفن همراه:	E-Mail:		

تعهدات متقاضی:

- رعایت مقررات کتابخانه (مندرج در پشت فرم عضویت)
- عودت دادن منابع امانی در موعد مقرر.
- در صورت تغییر مشخصات فوق الذکر، مراتب به کتابخانه اعلام شود.

امضاء متقاضی:

=====

تایید مسئول آموزش:

تایید مسئول امانت کتابخانه:

گروه عضویت: استاد: دانشجو: کارمند: سایر:

تاریخ صدور کارت: تاریخ اعتبار: امضاء