



فرم ثبت نام کارگاه آموزشی حقوق سلامت



مشخصات شرکت کننده

نام و نام خانوادگی: نام پدر: تاریخ تولد: شماره شناسنامه:
کد ملی: مدرک و رشته تحصیلی:
نشانی محل سکونت:
تلفن ثابت: شماره همراه: نامبر:
پست الکترونیک:

امضاء

مدارک لازم جهت ثبت نام

☒ تکمیل فرم ثبت نام ☒ فتوکپی صفحه اول شناسنامه یا کارت ملی ☒ اصل رسید واریز وجه ثبت نام

خواهشمند است به موارد زیر توجه فرمایید:

- ❖ دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی ارشد در رشته‌های حقوق، پزشکی و یا سایر رشته‌های مرتبط برای شرکت‌کنندگان الزامی است.
- ❖ پس از تکمیل فرم ثبت نام، آن را به همراه فتوکپی صفحه اول شناسنامه یا کارت ملی به پست الکترونیک انجمن علمی حقوق پزشکی ایران ارسال نمایید.
- ❖ هزینه ثبت نام: ۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال (دویست هزار تومان) حساب جاری شماره ۱۹۳۹۴۶۴۷/۶۳ بانک ملت شعبه بیمارستان دی تهران (قابل پرداخت در تمامی شعب بانک ملت در سراسر کشور) به نام مؤسسه بین المللی حقوق پزشکی سینا.
- ❖ فیش مربوطه را به دورنگار ۸۶۰۳۰۳۶۹ - ۰۲۱ و یا به پست الکترونیک انجمن علمی حقوق پزشکی ایران جهت اعلام وصول ارسال نمایید.
- ❖ ارائه اصل فیش واریزی هنگام حضور در کارگاه آموزشی الزامی است.
- ❖ در صورت به حد نصاب نرسیدن کارگاه، وجه ثبت نام مسترد می‌شود.
- ❖ با توجه به ظرفیت محدود، آخرین مهلت ثبت نام یک هفته پیش از شروع کارگاه آموزشی است.
- ❖ پیش از واریز وجه ثبت نام، با تماس تلفنی از ظرفیت کارگاه آموزشی اطلاع حاصل نمایید.
- ❖ در پایان، گواهی معتبر به شرکت‌کنندگان ارائه می‌شود (صدور گواهی منوط به حضور متقاضی است).

زمان و محل برگزاری کارگاه آموزشی

پنجشنبه ۵ اسفندماه ۱۳۹۵ - ساعت ۸ الی ۱۲

تهران - خیابان کارگر شمالی - بالاتر از جلال آل احمد - خیابان فرشی مقدم (شانزدهم) - شماره ۱۱۹ - سازمان نظام پزشکی کل کشور

وبسایت: www.iranmedicallaw.ir

پست الکترونیک: iamedlaw@gmail.com

نشانی دبیرخانه: تهران، خیابان شهید بهشتی، خیابان قائم مقام فراهانی، خیابان دهم، پلاک ۲۴ (ساختمان ۵)، طبقه ششم، واحد ۲۸

تلفن: ۸۶۰۳۰۳۸۱ - ۸۸۵۰۳۲۲۵ (ساعات تماس: ۱۴ الی ۱۸) ① نامبر: ۸۶۰۳۰۳۶۹