

تاریخ :

شماره :



فرم عضویت در جامعه پزشکان متخصص داخلی ایران

Name:

Family :

نام :	نام خانوادگی :	نام پدر :	شماره شناسنامه :	تاریخ تولد :
شماره نظام پزشکی :	کد ملی :	دانشگاه :	سال اخذ دکترای پزشکی :	
سال اخذ تخصص :	رشته تخصصی :	دانشگاه :		
سال اخذ فوق تخصص :	رشته فوق تخصصی :	دانشگاه :		
رتبه دانشگاهی :	استاد ☐	دانشیار ☐	استادیار ☐	دستیار ☐
نوع کار :	آزاد ☐	دولتی ☐	نام مؤسسه مربوطه :	

آدرس محل کار :	کدپستی :	تلفن :
آدرس مطب :	کدپستی :	تلفن :
آدرس منزل :	کدپستی :	تلفن :

محل امضاء:

شماره تلفن همراه :

مدارک مورد نیاز:

- ۱- تکمیل فرم ثبت نام بفارسی (نام وفامیل به لاتین هم نوشته شود)
- ۲- ارسال یک قطعه عکس ۳×۴
- ۳- فتوکپی آخرین مدرک تخصصی یک برگ ، فتوکپی شناسنامه و کارت نظام پزشکی و کارت ملی
- ۴- رسید یا فیش بانکی پرداخت حق عضویت به شماره کارت ۰۳۷۶۹۱۹۹۰۴۱۶۵۷۰ به نام جامعه پزشکان متخصص داخلی ایران واریز و فیش آن را همراه مدارک به آدرس تهران : خیابان کارگر شمالی ، روبروی پمپ بنزین ، بالاتر از مسجد امیر (ع) ، کوچه لاله ، پلاک ۷ ارسال شود. (حق عضویت سالانه ۰۰۰/۰۰۰/۱ریال می باشد).
- ۵- مراجعه به سامانه www.ima-net.ir و ثبت نام در سامانه