**بسمه تعالي**

**دانشگاه علوم پزشكي رفسنجان**

**فرم عضويت كتابخانه دانشكده پیراپزشکی رفسنجان**

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:

1-چنانچه كتابهاي امانتي از كتابخانه دانشگاه علوم پزشكي خسارتي وارد نموده و يا كتابي كه امانت گرفته ام مفقود گردد طبق ماده پنج آيين نامه كتابخانه هاي دانشگاه علوم پزشكي رفسنجان جبران خسارت نمايم.

امضا متقاضي