

محل
الصاق
عکس



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی، درمانی استان اردبیل

شماره:
تاریخ:
پیوست:

فرم عضویت کتابخانه مرکزی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل (ویژه اعضای هیئت علمی و کارکنان)

الف) مشخصات فرد :

نام: نام خانوادگی : نام پدر: شماره شناسنامه:
تاریخ تولد: روز ماه سال محل تولد:
میزان تحصیلات: رشته تحصیلی:
عضو هیئت علمی ☐ مدرس ☐ کارمند ☐ شماره مستخدم:

ب) وضعیت استخدامی :

رسمی ☐ رسمی آزمایشی ☐ پیمانی ☐ قراردادی ☐ پیام آور یا طرح ☐
استخدام نبوده ولی همکاری نزدیکی با این واحد دارم ☐ توضیحات:
موارد دیگر با ذکر مورد:
پست سازمانی و واحدی که در آن مشغول فعالیت می باشید:
تاریخ خاتمه خدمت یا همکاری (برای افرادی که استخدام رسمی نمی باشند):

ج) آدرس

آدرس محل سکونت:

استان: شهرستان: محله: خیابان:
کوچه: پلاک: کدپستی: تلفن:

آدرس دقیق محل کار:

استان: شهرستان: محله: خیابان:
کوچه: پلاک: کدپستی: تلفن:

شماره تلفنی که بتوان در مواقع ضروری تماس گرفت:
کد: شماره تلفن: تلفن همراه:
نام و نام خانوادگی صاحب تلفن: نوع خویشاوندی با صاحب تلفن:
پست الکترونیکی: شماره فکس:

نام و عنوان واحد معرفی کننده:
امضاء و مهر