

فرم ثبت نام دوره ACLS

ر	نام و نام خانوادگی	شماره شناسنامه	شماره ملی	مدرک تحصیلی	رشته تحصیلی	شماره تماس واتس آب	محل خدمت	شماره پرسنلی	تاریخ شرکت در دوره
1									
2									
3									
4									
5									
6									

۱- ارسال فرم تکمیل شده ی بالا

۲- روش پرداخت وجه:

مبلغ سیصد هزار تومان در صورتیکه پرسنل دانشگاهی هستنید(دانشجو و یا پرسنل) و مبلغ هفتصد هزار تومان در صورتی که پرسنل بیمارستان های دولتی غیر علوم پزشکی و یا مراکز درمانی خصوصی ، به حساب معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی شیراز:

پرداخت هزینه به حساب بانک ملت

- شماره حساب ۸۶۶۰۸۸۲۸۳۶
- یا شماره کارت ۶۱۰۴۳۳۷۴۸۲۷۱۴۹۱۰
- شماره شناسه ۲۴۳۱۷۸۰۵۱۷۳
- شماره شبا IR 92012000000008660882836

به نام درآمد اختصاصی معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی

لازم به یادآوری میباشد از آنجایی که باید فیش یا رسید پرداختی شرکت کنندگان به معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی تحویل داده شود ، خواهشمندیم پس از پرداخت وجه ، عکسی از رسید به ایمیل ارسال و همچنین در روز برگزاری کلاس حتما فیش را همراه خود داشته و تحویل مرکز نمایید.

۳- ارسال عکس پرسنلی 4\*3 اسکن شده

موفق باشید.