

فرم اشتراک

اینجانب عضو سازمان نظام دامپزشکی جمهوری اسلامی ایران به شماره عضویت که در مورخه عضویت خود را تمدید نموده ام ، متقاضی دریافت نشریه نظام دامپزشکی در سال می باشم و مبلغ شصت هزار ریال را به حساب شماره ۱۸۷۰۲۶۹۲ بانک کشاورزی شعبه اسدآبادی کد ۶۵۰ به شماره فیش تاریخ واریز نموده ام .

محل امضاء متقاضی

تلفن همراه :

آدرس محل کار :

آدرس منزل :

Email :

هزینه اشتراک نشریه با ۵۰٪ تخفیف چه اعضاء می باشد .

ارسال اصل فیش الزامی می باشد.