

## فرم ثبت نام در سومین کنگره بزرگ مدیریت سلامت

نام شرکت / سازمان : ..... زمینه فعالیت شرکت / سازمان : .....

نام مدیرعامل : ..... نام مسئول پی گیری ثبت نام : .....

نشانی: .....

کد پستی : ..... تلفن : ..... دورنگار : .....

پست الکترونیک : .....

مشخصات متقاضی / متقاضیان:

نام خانوادگی	نام	سمت سازمانی	پست الکترونیک (E-Mail)
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

مبلغ پرداختی: ..... تاریخ پرداخت: ..... شماره فیش بانکی: .....

تاریخ تکمیل فرم: ..... امضای متقاضی / مسئول پی گیری: