

شرایط اشتراک «مجله پزشکی»

دانشگاه علوم پزشکی تبریز

لطفاً پس از تکمیل فرم زیر بهای اشتراک (هر شماره سه هزار تومان) را به حساب سیبا ۲۱۷۸۱۹۰۵۳۳۰۰۲ بانک ملی ایران شعبه دانشگاه تبریز (کد بانک ۴۵۴۴) به نام «معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی تبریز» واریز کنید و اصل حواله بانکی را همراه با فرم اشتراک به نشانی: تبریز- بلوار ۲۹ بهمن- دانشگاه تبریز- بلوار شهید کریمی- کتابخانه مرکزی دانشگاه علوم پزشکی تبریز - طبقه دوم - دفتر مجله پزشکی صندوق پستی: ۳۷۱-۵۱۶۶۵ ارسال فرمائید.

✂

مشخصات متقاضی

نام و نام خانوادگی (یا نام مؤسسه):

متقاضی جدید

متقاضی قبلی با شماره اشتراک

نوع درخواست: اشتراک سالانه (شش شماره) سفارش تک فروشی

نشانی کامل فرد یا مؤسسه:

استان: شهر / شهرستان: خیابان: کوچه: پلاک:

کدپستی: تلفن: E-mail:

مؤسسه / اداره:

امضا و مهر متقاضی

لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید.

نام مشترک شماره مشترک تاریخ اشتراک