



نموذج (1) عضوية للأفراد

يرسل إلكترونياً مع أي مرفقات أخرى (إن وجدت) على (gulfdisability.pr@gmail.com)

<input type="checkbox"/> عضوية جديدة	<input type="checkbox"/> تجديد عضوية	<input type="checkbox"/> تحديث معلومات
معلومات الطلب		
الاسم		
الجنس		<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى
الجنسية		
تاريخ الميلاد		
البريد الإلكتروني		
هاتف المنزل		
الهاتف المحمول		
جهة العمل		
عنوان المراسلة		
الدولة		
المدينة		
الدرجة العلمية		<input type="checkbox"/> دون الجامعة <input type="checkbox"/> دبلوم <input type="checkbox"/> بكالوريوس <input type="checkbox"/> ماجستير <input type="checkbox"/> دكتوراه
التخصص		
الاهتمامات الشخصية		
هل لديك عضوية سابقة بالجمعية		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

التوقيع ..... التاريخ / /