



نموذج (٩) شراكة مع الجمعية

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

اسم الجهة:	
معلومات الطلب	
اسم المسؤول	
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
هل لديك عضوية سابقة بالجمعية	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
مجال وتخصص الجهة	
وسيلة التواصل للجهة	
الفئة المستهدفة	
مجال الشراكة المطلوبة	
نبذة مختصرة	

التوقيع التاريخ / /