

فرم ثبت نام در کنگره بین المللی اداره راه هوایی و بیهوشی در جراحی های سر و گردن

نام:

نام خانوادگی:

متقاضی شرکت در کنگره:

بدون ارائه مقاله:

با ارائه مقاله:

شماره نظام پزشکی:

رشته و مدرک تحصیلی:

نشانی کامل پستی:

پست الکترونیکی:

تلفن همراه:

تلفن محل کار:

تلفن منزل:

شماره قبض / فیش بانکی:

تاریخ:

امضاء

دبیرخانه: تهران خیابان جلال آل احمد، بیمارستان دکتر علی شریعتی، طبقه سوم، مرکز توسعه پژوهش

کد پستی: ۱۴۱۱۷۱۳۱۳۵

تلفن: ۰۲۱ - ۸۸۲۲۰۰۳۱ - ۲

پست الکترونیک: secretary@airway2009.com

www.airway2009.com