



طلب انتساب مكتبة غزة للعلوم الصحية GHSL- Membership Application

Name	_____	الاسم
Sex	<input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر	الجنس
ID NO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	رقم الهوية
DOB	م ____ / ____ / ____	تاريخ الميلاد
Profession	_____	المهنة
Place Of Work	_____	جهة العمل
Address	_____	عنوان السكن
Mobile/ Phone No.	_____	رقم الجوال / الهاتف
Email	_____	البريد الإلكتروني

المعرفون || References

التوقيع/ الختم	رقم الجوال/الهاتف	جهة العمل	الاسم
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

أقر انا المذكور أعلاه بأن البيانات المذكورة صحيحة و اتعهد بالمحافظة على محتويات المكتبة من التلف او الضياع و الإلتزام بقوانين المكتبة وان اتقبل سحب عضويتي إذا أخللت بذلك وادفع الرسوم المترتبة على مخالفتي:

- غرامة تأخير: شيكل عن كل يوم تأخير .
- غرامة فقد كتاب: شراء كتاب مماثل.
- غرامة تالف: دفع ثمن تجديد أو اصلاح الكتاب.
- ملاحظة/ المعرفون يجب أن يكونوا من داخل مجمع الشفاء الطبي.
- عند عدم الإلتزام بالشروط السابقة يتحمل المعرفون كامل المسؤولية.

توقيع مقدم/ة الطلب (Signature)

ملاحظات خاصة بأمين/ة المكتبة

Receipt No.	_____	تاريخ الاصدار
Library Card No.	_____	بطاقة مكتبية

توقيع أمين/ة المكتبة

