



## طلب انضمام لعضوية جمعية الأطباء القطرية

										اسم مقدم الطلب:
										الرقم الشخصي:
										الجنسية:
										مكان العمل:
										صندوق البريد الإلكتروني:
<input type="checkbox"/> بكالوريوس <input type="checkbox"/> ماجستير <input type="checkbox"/> دكتوراه										المؤهل العلمي: التخصص:
										رقم قيد المهنة:

أقر أنا الموقع أدناه بأنني اطاعت على النظام الأساسي لجمعية الأطباء القطرية وأنقدم بطلب راغبا قبولي عضوا بها، وفي حالة قبول طلبي، فإنني ألتزم بالنظام الأساسي للجمعية، ويأداء قيمة اشتراك العضوية المقرر، وبقرارات الجمعية العمومية، ومجلس الإدارة وكافة الالتزامات والشروط الأخرى المبينة في النظام الأساسي.

التوقيع:

التاريخ:

-----

-----

قرار مجلس الإدارة:

موافقة على الانضمام

-----  رفض العضوية بسبب -----

المرفقات المطلوبة:

- صورة من البطاقة الشخصية (ملونة)
- صورة من بطاقة قيد المهنة
- صورة من الحوالات البنكية تفيد تسديد رسوم الاشتراك



جمعية الأطباء القطرية  
Qatar Doctors Association

## متطلبات تسجيل عضوية جديدة

1. تعبئة طلب انضمام لعضوية الجمعية
2. دفع رسوم العضوية (200 ريال قطري سنويا)
  - a. يرجى تحويل مبلغ العضوية مباشرة لحساب الجمعية لدى بنك قطر الوطني والحصول على وصل الكتروني بالدفع وارفاقه بطلب العضوية

### تفاصيل الحساب البنكي لجمعية الأطباء القطرية

<b>Bank Name:</b>	Qatar National Bank
<b>Beneficiary:</b>	QATAR MEDICAL ASSOCIATION
<b>IBAN:</b>	QA15 QNBA 0000 0000 0850 0098 9700 1

3. ارسال طلب العضوية موقعا مع وصل دفع رسوم العضوية الى البريد الالكتروني  
[registration@doctors.org.qa](mailto:registration@doctors.org.qa)



جمعية الأطباء القطرية  
Qatar Doctors Association

## متطلبات تجديد العضوية

1. دفع رسوم العضوية (200 ريال قطري سنويا)
  - a. يرجى تحويل مبلغ العضوية مباشرة لحساب الجمعية لدى بنك قطر الوطني والحصول على وصل الكتروني بالدفع

### تفاصيل الحساب البنكي لجمعية الأطباء القطرية

<b>Bank Name:</b>	Qatar National Bank
<b>Beneficiary:</b>	QATAR MEDICAL ASSOCIATION
<b>IBAN:</b>	QA15 QNBA 0000 0000 0850 0098 9700 1

1. ارسال وصل دفع رسوم العضوية الى البريد الالكتروني  
[registration@doctors.org.qa](mailto:registration@doctors.org.qa)