

طلب انضمام لعضوية جمعية الأطباء القطرية

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

أقر انا الموقع ادناه بأنني اطلعت على النظام الأساسي لجمعية الأطباء القطرية وأتقدم بطلبي راغبا قبولي عضوا بها، وفي حالة قبول طلبي، فإنني ألتزم بالنظام الأساسي للجمعية، وبأداء 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 الحوالة البنكية تفيد تسديد رسوم الاشتراك

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	
Bank Name:	Qatar National Bank
Beneficiary:	QATAR MEDICAL ASSOCIATION
IBAN:	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

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

1. ارسال وصل دفع رسوم العضوية الى البريد الالكتروني
registration@doctors.org.qa