



نموذج طلب معلومات

Membership No		رقم العضوية
Name		اسم المسؤول
Fim,s Name		اسم المنشأة
Mobile		الجوال
Fax		الفاكس
Phone		الهاتف
E-mail		البريد الإلكتروني

الخدمة المطلوبة

No.	Require information	البيانات المطلوبة	م
1			١
2			٢
3			٣
4			٤
5			٥

توقيع المسؤول
توقيع مدير المركز

اسم المستلم
توقيع المستلم

التوقيع	تاريخ الاستلام