|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **رقم العضوية** |  | **Membership No** |
| **اسم المسؤول** |  | **Name** |
| **اسم المنشأة** |  | **First Name** |
| **الجوال** |  | **Mobile** |
| **الفاكس** |  | **Fax** |
| **الهاتف** |  | **Phone** |
| **البريد الإلكتروني** |  | **E-mail** |

**الخدمة المطلوبة**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **م** | **البيانات المطلوبة** | **Require information** | **No.** |
| **1** |  | | **1** |
| **2** |  | | **2** |
| **3** |  | | **3** |
| **4** |  | | **4** |
| **5** |  | | **5** |
| **6** |  | | **6** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **اسم المستلم** |  | **توقيع المسئول** |
|  |  |  |
| **توقيع المستلم** |  | **توقيع مدير المركز** |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **تاريخ الاستلام** |  | **التوقيع** |
|  |  |  |