

<b>Date of Request</b> _____	<b>تاريخ الطلب</b> _____
<b>Personal Information</b>	<b>المعلومات الشخصية</b>
Full Name: _____	الاسم كاملاً: _____
Nationality: _____	الجنسية: _____
Sex: Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>	الجنس: ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>
Qualifications: _____	المؤهل العلمي: _____
Specialty: _____	التخصص: _____
Saudi Council for Health Specialties Registration number: _____	رقم التسجيل المهني بالهيئة السعودية للتخصصات الصحية: _____
Place of work: _____	جهة العمل: _____
<b>Contact</b>	<b>الاتصال</b>
Landline: _____	الهاتف الثابت: _____
Mobile: _____	الهاتف الجوال: _____
Email: _____	البريد الإلكتروني: _____
Website: _____	الموقع الشخصي: _____
Mailing Address: _____	العنوان البريدي: _____
P.O. Box _____	ص ب _____
Zip Code _____	الرمز البريدي _____
City _____	المدينة _____
Country _____	الدولة _____
<b>Type of membership</b>	<b>نوع العضوية</b>
Honorary Membership <input type="checkbox"/>	عضوية شرفية <input type="checkbox"/>
Complete membership <input type="checkbox"/>	عضوية عاملة <input type="checkbox"/>
Affiliate membership <input type="checkbox"/>	عضوية انتساب <input type="checkbox"/>
<b>Signature:</b> _____	<b>التوقيع:</b> _____

SEA registration fees:	رسم الاشتراك للجمعية:
• One year SR 200	• سنة واحدة ٢٠٠ ريال سعودي
• Three year(3) SR 350	• ثلاث سنوات ٣٥٠ ريال سعودي
• Five year(5) SR 500	• خمس سنوات ٥٠٠ ريال سعودي
To be deposited in the SEA account at:	يودع المبلغ لدى حساب الجمعية السعودية للوبائيات
The National Commercial Bank	البنك الأهلي التجاري
Account number: IBAN: SA3010000020166895001309	رقم الايبان: SA3010000020166895001309

<b>For official Use للاستخدام الرسمي</b>	
موافقة اللجنة على الطلب: <input type="checkbox"/> قبول الطلب <input type="checkbox"/> عدم قبول الطلب <input type="checkbox"/> تحت النظر لأسباب _____	
نوع العضوية: <input type="checkbox"/> شرفية <input type="checkbox"/> عاملة <input type="checkbox"/> انتساب	رقم العضوية _____
تاريخ بدء العضوية: _____	الموافق \ \ هـ \ \ م
تاريخ إنتهاء العضوية: _____	الموافق \ \ هـ \ \ م
تم دفع رسوم الاشتراك بموجب سند استلام رقم: ( _____ ) و تاريخ / / هـ	
طريقة دفع رسوم الاشتراك: <input type="checkbox"/> إيداع نقدي <input type="checkbox"/> حوالة <input type="checkbox"/> تحويل من حساب	
<b>الممثل المالي:</b> _____	<b>أمين عام الجمعية:</b> _____
الاسم _____	الاسم _____
التوقيع: _____	التوقيع: _____