



## طلب نموذج 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 informatio	البيانات المطلوبة	م
1	<input type="text"/>		١
2	<input type="text"/>		٢
3	<input type="text"/>		٣
4	<input type="text"/>		٤
5	<input type="text"/>		٥

توقيع المسئول

<input type="text"/>
<input type="text"/>
توقيع مدير المركز
<input type="text"/>

اسم المتسلم

<input type="text"/>
<input type="text"/>
توقيع المستلم
<input type="text"/>

التوقيع

<input type="text"/>
<input type="text"/>

تاريخ الإستلام

<input type="text"/>
<input type="text"/>

