

فرم مشخصات مجمع خیرین شهدای مدافع سلامت دانشکده پرستاری و مامائی

نام: نام خانوادگی: رشته: تاریخ تولد: شغل:
آدرس محل کار: شماره محل کار:
آدرس منزل: شماره منزل: شماره همراه:
شماره پیام رسان: نام پیام رسان:
Email:

نوع همکاری با مجمع خیرین:

نقدی

پرداخت ماهانه مبلغ ریال پرداخت سالانه مبلغ ریال
محل هزینه:

کمک رسانی به دانشجویان بی بضاعت تامین شهریه هزینه درمان تاهل دانشجویان
ارتقاء زیر ساختهای آموزشی فعالیتهای پژوهشی فعالیتهای فرهنگی فعالیتهای عمرانی

غیر نقدی

نوع همکاری:

کمک رسانی به دانشجویان بی بضاعت تامین شهریه هزینه درمان تاهل دانشجویان
ارتقاء زیر ساختهای آموزشی فعالیتهای پژوهشی فعالیتهای فرهنگی فعالیتهای عمرانی
 سایر

* در صورت انتخاب گزینه سایر مورد را توضیح دهید.