



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

تاریخ:

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز
مدیریت آمار و اطلاع رسانی
فرم درخواست اشتراک اینترنت برای افراد

الف- این قسمت توسط متقاضی پر می شود.

مشخصات:

نام	فارسی	Latin	نام خانوادگی
نام	نام خانوادگی	نام خانوادگی	نام خانوادگی
رشته / تخصص	رشته / تخصص	رشته / تخصص	رشته / تخصص
محل کار	محل کار	محل کار	محل کار
تلفن محل کار	تلفن محل کار	تلفن محل کار	تلفن محل کار
دورنویس	دورنویس	دورنویس	دورنویس
بست سازمانی	بست سازمانی	بست سازمانی	بست سازمانی
گروه / دیارتمان	گروه / دیارتمان	گروه / دیارتمان	گروه / دیارتمان
واحد (دانشکده...)	واحد (دانشکده...)	واحد (دانشکده...)	واحد (دانشکده...)
تلفن منزل	تلفن منزل	تلفن منزل	تلفن منزل
تلفن همراه	تلفن همراه	تلفن همراه	تلفن همراه

نام ورود به شبکه (با حروف لاتین - مرکز در تغییر نام انتخاب شده مخبر است):

Login Name:

رمز ورود به شبکه (شامل حروف لاتین - اعداد - علامتها):

Password:

متن زیر را به دقت مطالعه و امضا نمایید:

اینجانب تعهد مینمایم اسم ورود به شبکه و کلمه عبوری که از طریق این مرکز در اختیارم قرار گرفته است برای مصرف شخصی خودم بوده و از دادن آن به افراد دیگر خودداری کرده و از هر گونه سوء استفاده ای که مغایر با قوانین و اهداف نظام مقدس جمهوری اسلامی ایران باشد پرهیز نمایم. در غیر این صورت مرکز مجاز خواهد بود account اینجانب را بدون استرداد ابونمان سالیانه آن باطل نموده و عواقب پیگرد قانونی آن متحصرا متوجه بنده بوده و مرکز در این رابطه از خود کاملاً سلب مسئولیت می نماید.

امضاء