



مرکز پزشکی آموزشی درمانی امام حسین (ع)  
فرم درخواست اشتراک اینترنت



مشخصات متقاضی:

نام: ..... نام خانوادگی: ..... جنسیت:  زن  مرد  
شماره کارت پرسنلی: .....

تاریخ تولد: ..... رسته: هیئت علمی  رزیدنت  انترن  اداری  نظام پزشکی: .....

نام واحد: ..... تلفن تماس (محل کار): .....

نام کاربری: (جهت افراد دارای نظام پزشکی، کد نظام پزشکی در نظر گرفته میشود.)  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 رمز عبور:  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 تاریخ پایان دوره استفاده: .....

تذکرات مهم:

- استفاده از این نام کاربری تنها برای یک نفر مجاز است و در صورت مشاهده انتقال به غیر بدون تذکر مسدود میگردد.
- حتما بعد از استفاده از نام کاربری سیستم خود را Log off کنید.
- استفاده از نرم افزار های فیلترشکن و دانلودر به هر عنوان ممنوع است و باعث قطع اکانت بدون تذکر میگردد.

اینجانب ----- با تائید مشخصات فوق الذکر و قبول مقررات مربوطه تقاضای اشتراک اینترنت را دارم.

نام و امضای متقاضی  
تاریخ

امضای مسئول آموزش  
تاریخ



مرکز پزشکی آموزشی درمانی امام حسین (ع)  
فرم درخواست اشتراک اینترنت



مشخصات متقاضی:

نام: ..... نام خانوادگی: ..... جنسیت:  زن  مرد  
شماره کارت پرسنلی: .....

تاریخ تولد: ..... رسته: هیئت علمی  رزیدنت  انترن  اداری  نظام پزشکی: .....

نام واحد: ..... تلفن تماس (محل کار): .....

نام کاربری: (جهت افراد دارای نظام پزشکی، کد نظام پزشکی در نظر گرفته میشود.)  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 رمز عبور:  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 تاریخ پایان دوره استفاده: .....

تذکرات مهم:

- استفاده از این نام کاربری تنها برای یک نفر مجاز است و در صورت مشاهده انتقال به غیر بدون تذکر مسدود میگردد.
- حتما بعد از استفاده از نام کاربری سیستم خود را Log off کنید.

- استفاده از نرم افزار های فیلترشکن و دانلودر به هر عنوان ممنوع است و باعث قطع اکانت بدون تذکر میگردد.

اینجانب ----- با تأیید مشخصات فوق الذکر و قبول مقررات مربوطه تقاضای اشتراک اینترنت را دارم.

امضای مسئول آموزش

تاریخ

نام و امضای متقاضی

تاریخ