

نموذج طلب عضوية

حامل بطاقة الهوية رقم/

أنا المواطن/

وتاريخها

مصدرها/

البريد الالكتروني/

جوال رقم/

اطلعت على إجراءات واهداف الجمعية المشار إليها في النظام الأساسي تحت مسمى
(جمعية رفيدة لصحة المرأة)
وأرغب المشاركة كعضو في الجمعية وألتزم بكل متطلبات العضوية
وعلى ذلك أوقع

التوقيع