

# MEMBERSHIP FORM



إتحاد المستشفيات العربية  
ARAB HOSPITALS FEDERATION

Institution \_\_\_\_\_

المؤسسة

Address \_\_\_\_\_

العنوان

Country \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_ P.O Box \_\_\_\_\_

البلد \_\_\_\_\_ المدينة \_\_\_\_\_ رمز بريدي \_\_\_\_\_ ص.ب. \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

فاكس

هاتف

Direct Line \_\_\_\_\_ No of Bed \_\_\_\_\_

عدد الأسرة

هاتف مباشر

Ownership of this institution \_\_\_\_\_

ملكية المؤسسة

Administrative Director \_\_\_\_\_

المدير الإداري

Public Institution  
مؤسسة حكومية

Private Institution  
مؤسسة خاصة

University Institution  
مؤسسة جامعية

Constitution License \_\_\_\_\_ Decree \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

رخصة إنشاء \_\_\_\_\_ مرسوم \_\_\_\_\_ تاريخ \_\_\_\_\_

E- mail \_\_\_\_\_ Website \_\_\_\_\_

موقع إلكتروني

بريد إلكتروني

## It can be paid by

- Cash
- Bank Transfer

Details will be available on the invoice

## Annual Membership fees per Institution:

- 700 USD

