

اشترک

باسمه تعالی

فرم اشترک

دوماهنامه علمی- پژوهشی دانشور

لطفاً دوره يكساله / از شماره تا شماره
دوماهنامه دانشور پزشکی را برای اینجانب/ این مرکز
به آدرس

.....
.....
.....
.....

.....ارسال فرمایید. قبض بانکی مبلغ واریز شده
ضمیمه است.

امضا و تاریخ

۳۰۰۰۰ ریال

۷۰۰۰ ریال

بهای اشترک دوره يكساله

بهای تک شماره

نشانی: تهران، بلوار کشاورز، خیابان عبداله زاده، پلاک ۲۹، دانشکده
پزشکی دانشگاه شاهد، دفتر مجله دانشور پزشکی، صندوق پستی
۱۴۱۵۵-۷۴۳۵

لطفاً قبض بانکی را به حساب ۰۱۰۵۸۷۱۹۵۵۰۰۰ بانک ملی ایران شعبه
مجتمع دانشگاهی شاهد واریز کنید.