

DI Alumni Card Application Form

استمارة عضوية خريج معهد الدوحة

IDENTIFICATION INFORMATION		بيانات الخريج
Applicant Name: اسم : المشترك		
Title: (Dr., Mr., Mrs.,...) صفة المشترك:	Qatari ID:	رقم البطاقة القطرية
Role / Position & Organization Name: المهنة ومكان العمل		
Graduation year: college		سنة التخرج: الكلية:
Date of Birth: تاريخ الميلاد:	Nationality: الجنسية:	Gender: <input type="checkbox"/> (M) <input type="checkbox"/> (F) النوع: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى
CONTACT INFORMATION		بيانات التواصل
Resident address: العنوان:		
Email address: البريد الإلكتروني:		
Mobile Phone: هاتف الجوال:		
Work phone: هاتف العمل:		
هل تود أن تتلقى آخر الأخبار والمستجدات المتعلقة بالمكتبة ؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
أود موافاتي بانتهاء مدة الإعارة عبر: <input type="checkbox"/> الهاتف <input type="checkbox"/> البريد الإلكتروني		
Do you prefer to receive information about your account through: <input type="checkbox"/> Phone <input type="checkbox"/> Email		
STATEMENT OF RESPONSIBILITY		بيان المسؤولية

DI Alumni Card Application Form

استمارة عضوية خريج معهد الدوحة

أتعهد بأن جميع البيانات باستمارة الاشتراك صحيحة، كما إنني أوافق على الشروط والأحكام المتعلقة بالاستخدام والغرامات المالية المنصوص عليها في لوائح وإجراءات المكتبة والمشار لها في نهاية هذا النموذج بما فيها التجهيزات والأجهزة المتاحة فيها. كما إنني سأقوم بالإبلاغ في حال تغيير محل الإقامة أو في حال فقدان بطاقة المكتبة.

I certify that the information on this form is correct. In addition, I agree to abide by the rules and regulations of the library and accept full responsibility for all materials checked out on this card (including all fines and damaged charges). I will give notice of any change in my address or loss of my cards.

Membership No:

رقم العضوية:

Date:

التاريخ: