

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

فرم اشتراک

لطفاً دوره ..... از شماره ..... تا شماره ..... مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند را برای اینجانب / این مرکز به  
آدرس: .....

ارسال فرمایید. قبض بانکی مبلغ واریز شده ضمیمه است.

امضا و تاریخ

بهای تک شماره: ۱۰۰۰۰ ریال

نشانی: بیرجند- صندوق پستی ۳۷۹

تلفن: ۹-۴۱-۴۴۴۳۰۴۱ (۰۵۶۱) نمابر: ۴۴۴۰۴۸۸ (۰۵۶۱) پست الکترونیکی: jbums2007@yahoo.com

لطفاً قبض بانکی را به حساب ۲۱۷۸۱۶۲۱۹۸۰۰۷ به نام درآمدهای غیردرمانی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند واریز  
فرمایید.

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

فرم ارسال مقاله

عنوان مقاله:

.....

نام و نام خانوادگی و سمت علمی نویسندگان به ترتیب اولویت:

..... ۱-

..... ۲-

..... ۳-

..... ۴-

..... ۵-

..... ۶-

..... آدرس محل کار:

..... تلفن:

..... نمابر:

..... پست الکترونیکی (e-mail):