

تاریخ ..... / ..... / .......

|  |
| --- |
| **فورم اشتراك** |
| **اسم اداره** |  | **اسم ريس اداره** |  |
| **شماره واتسپ** |  |
| **اسم غرفه دار** |  | **شماره غرفه** |  |
| **سکتور فعالیت** |  **󠄅**کنفرانس ها ادویه یونانیشفاخانه هاپوهنتون های طبی**󠄅**توریزیم صحت وسایل بهداشتیلوازم تجهیزات طبیآرایشیغذا |
| **ادرس دفتر** |  |
| **شماره تماس اداره** |  |
| **لیمیل ادرس** |  |
| **ویب سایت** |  |
| **نوعیت غرفه** | **اندازه غرفه** | **قیمت فی متر مربع** | **مجموعه پول** |
|  |  |  |  |
| **مبلغ رسید شده** |  | **متباقی** |  |
| **اینجانب : .............................................. تصدیق مینمایم که معلومات این فورم صحت و تکمیل میباشد** |

**نوت:**

در هنگام تسلیم گیری فورم فوتوکاپی تذکره و فوتوکاپی جواز الزامی میباشد

تحویلی پول به طور نقدی لازمی میباشد

مهر و امضاء مهر و امضاء مهر و امضاء

اشتراک کننده شفاخانه وهاج کاپیسا باستان

Wahaajhospital@yahoo.com / kapisabastan321@gmail.com

+93 766 90 90 70 / +93 786 22 43 73 / +93 788 87 88 14 / +93 799 32 83 17

**شرکت کاپیسا باستان** چهاراهی گل سرخ، قیصار مارکیت، منزل پنجم - **شفاخانه وهاج** کارته پروان، مقابل سفارت پاکستان، کابل-افغانستان