بسمه تعالي

**مرکز آموزشی درمانی امام خمینی ارومیه**

**فرم تقاضاي اطلاعات**

نام: نام خانوادگي: مدرك تحصيلي:

گرايش تحصيلي: محل كار: تلفن محل كار:

تلفن همراه: پست الكترونيكي:

**عنوان اطلاعات درخواستي(در صورتی که عناوین خاصی مورد نظر است): می توانید فقط تعدادی از فیلدها را پر کنید.**

**نویسنده:**

**نام مجله:**

**سال انتشار:**

**لینک مقاله: http://**

**در صورتی که به گروهی از مقالات در موضوع خاصی نیاز دارید: می توانید فقط تعدادی از فیلدها را پر کنید**

**موضوع اطلاعات درخواستي: (لطفا بنویسید):**

**كليد واژه ها (از اخص به اعم بنويسيد):**

**زبان اطلاعات درخواستي:** (لطفا بنویسید)

**فرمت نهايي اطلاعات در خواستي:** چاپی الکترونیکی هر دو مورد

* **پايگاه ها و كتابخانه ها و ساير مراكزي كه احتمال مي دهيد اطلاعات شما در آنها موجود است را ذکر کنید:**

**توجه:** متقاضي گرامي سرويس تحويل مدرك مرکز آموزشی درمانی امام خمینی جهت دسترسی هر چه بيشتر، سريعتر و آسانتر شما به اطلاعات تخصصي مي باشد. لذا با پركردن تمام و یا قسمتهای مورد نظر در فرم مذکور موارد فوق، ما را در ارسال سريعتر اطلاعات ياري فرماييد. ضمنا فرم مذكور در سايت کتابخانه مرکز آموزشی درمانی امام خمینی اروميه به آدرس <http://imamlib.umsu.ac.ir> ، صفحه تماس با ما قابل دريافت مي باشد. لطفا در صورت استفاده از فرم الكترونيكي به آدرس پست الكترونيكي ذیل ارسال فرماييد. و یا تحویل نزدیکترین کتابخانه مجموعه دانشگاه علوم پزشکی تحویل دهید.

[imam.library@umsu.ac.ir](mailto:imam.library@umsu.ac.ir)

در صورت داشتن هر گونه پرسش با شماره تلفن زیر تماس حاصل فرمایید.

31988294- 044