

فرم پیشنهاد خرید منابع کتابخانه مجتمع آموزش عالی سلامت دورود

نام و نام خانوادگی:

کارمند عضو هیأت علمی دانشجو شماره دانشجویی:

رشته

ترم تحصیلی:

تلفن تماس:

پست الکترونیکی:

ردیف	عنوان	نویسنده	ناشر	سال
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				
۷				
۸				
۹				
۱۰				
۱۱				
۱۲				
۱۳				
۱۴				
۱۵				
۱۶				
۱۷				
۱۸				
۱۹				
۲۰				
۲۱				
۲۲				
۲۳				
۲۴				
۲۵				

فرم تکمیل شده را به ایمیل دانشکده به آدرس aligoodarzlib@lums.ac.ir

یا به کانال ایتای دانشکده به نشانی <http://eitaa.com/joinchat/460914704C54f219c94b> ارسال فرمائید.