**MEMBERSHIP FORM**

* **Name** : 

বাংলায় :

* **Father’s Name**/পিতা: 
* **Mother’s Name**/মাতা: 
* **Permanent Address**/স্থায়ীঠিকানা:

­



* **Present Address**/বর্তমানঠিকানা:



* **Date of Birth**/জন্মতারিখ:
* **Language** /ভাষা: 
* **Religion**/ ধর্ম: 
* **Nationality**/জাতীয়তা: 
* **Sex**/লিঙ্গ: 
* **Mobile**/মোবাইল:
* **E-mail**/ই-মেইল:
* **Blood Group**/রক্তগ্রুপ: 
* **Agree with blood donation**/রক্তদিতেইচ্ছুকঃ
* **Educational Qualification**/শিক্ষাগতযোগ্যতা: 
* **Personal Skilled**/অভিজ্ঞতাঃ 
* **Explain yourself in a sentence**/এক বাক্যে আপনাকে বর্ণনা করুনঃ

**Explain why you would like to be part of the SFA**/আপনি কেনো “এসএফএ” তে যুক্ত হতে চানঃ

****

**I hereby certify that all facts and information indicated herein are true and correct. If further declare that any information given by me, which is untrue, SAF can disqualify me any time.**

**I am willing to volunteer and will not expect any financial remuneration (পারিশ্রমিক) from the SFA.**

**Signature /স্বাক্ষর**