**MEMBERSHIP FORM**

* **Name :**

**বাংলায় :**

* **Father’s Name/পিতা:**
* **Mother’s Name/মাতা:**
* **Permanent Address/স্থায়ী ঠিকানা: ­**
* **Present Address/বর্তমান ঠিকানা:**
* **Date of Birth/জন্ম তারিখ:**
* **Language /ভাষা:**
* **Religion/ ধর্ম:**
* **Nationality/জাতীয়তা:**
* **Sex/ লিঙ্গ:**
* **Mobile/মোবাইল:**
* **E-mail/ই-মেইল:**
* **Blood Group/রক্ত:**
* **Are you agree for blood donation/ রক্ত দিতে ইচ্ছুক আপনিঃ**
* **Educational Qualification/শিক্ষাগত যোগ্যতা:**
* **Personal Skilled/অভিজ্ঞতাঃ**
* **Explain yourself in a sentence/এক বাক্যে আপনাকে বর্ণনা করুন:**
* **Explain why you would like to be part of the SFA /আপনি কেনো “এস এফ এ” তে যুক্ত হতে চা্ন: UNYAP**

**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**

**বি. দ্রঃ সকল তথ্য ইংরেজি / বাংলায় দেওয়া যাবে।**