

DOKUZ EYLÜL ARTROSKOPİ VE ARTROPLASTİ DERNEĞİ

ÜYE FORMU

ADI VE SOYADI		EV ADRESİ	
BABA ADI		EV TELEFONU	
DOĞUM YERİ VE TARİHİ		İŞ ADRESİ	
MESLEĞİ VE ÜNVANI		İŞ TELEFONU	
UYRUĞU		CEP TELEFONU	
BİRİMİ		FAX NO	

Nüfus Cüzdanı Bilgileri

KİMLİK SERİ NO		TC KİMLİK NO	
İLİ		İLÇESİ	
MAHALLE KÖYÜ		AİLE SIRA NO	
KÜTÜK NO		VERİLDİĞİ TARİH	

Dokuz Eylül Artroskopi ve Artroplastisi Derneğinin tüzüğünü okudum. Tüzük hükümlerine uyacağım ve dernek için çalışacağımı beyan ederim.

Üyeliğimin kabulünü rica ederim. / / 20...

Adı Soyadı

İmza

Sayın / / 20... tarih ve sayılı Yönetim Kurulu kararı ile üyeliğe kabul / red edilmiştir.

Üyelik No: