|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **EGE SAĞLIK YÖNETİCİLERİ DERNEĞİ**  **ÜYELİK BAŞVURU FORMU** | | | |
| **ADI, SOYADI** |  | **BABA ADI** |  |
| **UYRUĞU** |  | **ANNE ADI** |  |
| **DOĞUM TARİHİ** |  | **DOĞUM YERİ** |  |
| **T.C. KİMLİK NO** |  | **MEDENİ HALİ** | **EVLİ [ ] BEKAR [ ]** |
| **İKAMET ADRESİ** |  | | |
| **İLÇE** |  | **İL** |  |
| **POSTA KODU** |  | **TELEFON** |  |
| **CEP TEL.** |  | **e-mail** |  |
| **GÖREV YERİ ADI** |  | | |
| **Ünvanınız /Göreviniz** |  | | |
| **İŞYERİ ADRESİ** |  | | |
| **İLÇE** |  | **İL** |  |
| **POSTA KODU** |  | **TELEFON** |  |
| **e-mail** |  | **FAX** |  |
|  | | | |
| **TERCİH EDİLEN YAZIŞMA** | **ADRESİ** | **EV [ ]** | **İŞ [ ]** |
| **MEZUN OLDUĞUNUZ** | | | |
| **Üniversite** |  | | **Mezuniyet Yılı** |
| **Bölüm** |  | |  |
| **Lisans Üstü (Üniversite /** |  | |  |
| **Üyelik başvurusu yaptığım EGE SAĞLIK YÖNETİCİLER DERNEĞİ Ana Tüzüğü hükümlerini okuyup kabul ettiğimi, yıllık aidatımı tüzükte belirtilen miktar ve şekilde ödeyeceğimi ve yukarıdaki bilgilerin doğru ve yasalara uygun olduğunu beyan ve taahhüt ederim.**  **Tarih: … /… /202 İmza** | | | |
|  | | | |
| **BU KISIM DERNEK TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR** | | | |
| **ÜYE NO** |  | **GİRİŞ TARİHİ** |  |
| **Üyelik Karar Tarihi ve Numarası** | |  | |