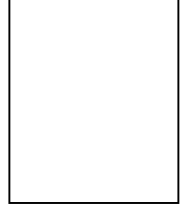




İÇ ANADOLU SAĞLIK İDARECİLERİ DERNEĞİ

ÜYELİK BAŞVURU FORMU



Adı Soyadı :	
T.C. No. :	Baba Adı :
Doğum Tarihi :	Anne Adı :
Doğum Yeri :	Medeni Hali :
Nufusa Kayıtlı Olduğu	
İl :	İlçe :
Mahalle - Köy :	Cilt No : Aile Sıra No : Sıra No :
Eğitim Durumu :	Lisans () Yüksek Lisans () Doktora ()
Mezun Olduğu Üniversite :	
Mezun Olduğu Bölüm :	
Çalıştığı Kurum :	Mesleği : Ünvanı :
İş Adresi :	
İkametgah Adresi :	
Telefon :	e- mail Adresi :

YÖNETİM KURULU BAŞKANLIĞINA

İç Anadolu Sağlık İdarecileri Derneği Tüzüğünü okudum. Tüzük'te belirtilen bütün hükümleri kabul ediyorum.

Yukarıdaki bilgilerin doğru olduğunu ve Tüzük'te belirtilen bütün yükümlülüklerimi yerine getireceğimi beyan ve kabul eder üyelik kaydımın yapılması hususunda;
Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

...../...../.....

İMZA

YÖNETİM KURULU KARARI

Yukarıda açık kimliği yazılı bulunan ve üyelik başvurusu incelenen Sayın
..... Yönetim Kurulunun/...../..... tarihli ve sayılı
kararı ile Derneğimiz üyeliğine kabul edilmiştir.

Üye Kayıt No :

Yönetim Kurulu a.
Dernek Başkanı