

ANKARA CERRAHİ DERNEĞİ
ÜYELİK BAŞVURU FORMU

2 Adet
Fotoğraf

Lütfen başvuru formunu banka havalesi, makbuz ve nüfus cüzdanı suretiyle birlikte Türk Cerrahi Derneği
adresine gönderiniz:

Ankara Cerrahi Derneği: Kuru Mah. Ihlamur Cad. No:26 06810 – Çayyolu - Ankara
Tel (0 312) 241 99 90 – 240 39 70 Fax : (0 312) 241 99 91

SOYADI VE ADI :

DOĞUM YERİ ve YILI :

MEZUN OLDUĞU :

Lise: YIL.....

Tıp Fakültesi..... YIL.....

UZMANLIK EĞİTİMİ :

YER:..... YIL.....

ÇALIŞTIĞI KURULUŞLAR:

YER:..... YIL.....

YER:..... YIL.....

AKADEMİK VE İDARİ ÜNVANLAR:

YER:..... YIL.....

YER:..... YIL.....

EV ADRESİNİZ :

.....POSTA KODU:

ALAN KODU ve TEL :

İŞ ADRESİNİZ :

.....POSTA KODU:

ALAN KODU ve TEL :

MUAYENEHANE ADRESİNİZ :

ALAN KODU ve TEL :

E-MAİL ADRESİNİZ :

CEP TEL:

TERCİH ETTİĞİNİZ POSTA ADRESİNİZ: İŞ : EV : MUA :

DİKKAT! Üyelik giriş ücreti 20.00 YTL. 2010 Dernek Aidatı 20.00 YTL.' dir. Ödemeler: Ankara Vakıflar
Bankası Samanpazarı Numune Şubesi ' deki 00158007290497917 Nolu hesaba yapılmalıdır.

ANKARA CERRAHİ DERNEĞİ
ÜYELİK BAŞVURU FORMU
NÜFUS CÜZDANI SURETİ

DİKKAT ! Nüfus Cüzdan Sureti Muhtar, Noter veya Çalıştığımız Kurum Tarafından Onaylanacaktır.

- T.C. KİMLİK NO:
- NÜFUS CÜZDAN NO:.....
- BABA ADI :
- ANA ADI :
- DOĞUM YERİ VE YILI :
- DİNİ :
- MEDENİ HALİ :
- İL :
- İLÇE :
- MAHALLE - KÖY :
- CİLT NO :
- AİLE SIRA NO :
- SIRA NO :
- VERİLDİĞİ YER VE TARİH :
- VERİLİŞ NEDENİ :

TEKLİF EDENLER :

- 1 -
- 2 -

Tarih :

Başvuranın İmzası :