



AKDENİZ SAĞLIK İDARECİLERİ 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	

İŞ 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 / Bölüm)		

Üyelik başvurumu yaptığım Akdeniz Sağlık İdarecileri Derneği 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 :..... /..... /.....

İmza

BU KISIM DERNEK TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR

ÜYE NO		GİRİŞ TARİHİ	
Üyelik Karar Tarihi ve Numarası			