

KADINSAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERNEĞİ

ÜYELİK BASVURU FORMU

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı:

Çalıştığı Kurum/Bölüm:

Cinsiyeti: Kadın () Erkek ()

Görevi:

Eğitim Durumu:

Mezuniyet Ünvanı: Hemşire () Ebe () Sağlık Memuru ()

İş Adresi:

İş Telefon No:

E-Mail:

Cep Telefonu:

Faks:

Ev Adresi:

Ev Telefon No:

Kimlik Bilgileri

TC. Kimlik No:	Uyruğu:	Cinsiyeti:
Baba Adı:	Ana Adı:	Medeni Durumu:
Doğum Yeri:	İl:	İlçe:
Doğum Tarihi:	Mahalle-Köy:	Cilt No: Aile Sıra No: Sıra No:

Kadın Sağlığı Hemşireliği Derneği tüzüğünü okudum ve kabul ettim. Tüzüğe ve yasalara uygun hareket etmeyi ve yıllık üyelik aidatını düzenli olarak ödemeyi kabul ve taahhüt ediyorum. Derneğe üyelik için kaydımın yapılmasını arz ederim.

Tarih: / /

İmza:

NOT: Üyelik için gerekli evrakların,

1. Doldurulmuş ve imzalı üyelik başvuru formu

2. Nüfus cüzdanı fotokopisi

3. Aidatın ödendiği banka dekontunun

dernek sitesinde bulunan iletişim adresine gönderilmesi rica olunur.

BUBÖLÜM YÖNETİM KURULU TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.

ÜYELİK KARAR TARİHİ :

ÜYELİK KARAR NO:

AİDAT MAKBUZ NO:

ÜYE NO: