

Üye Başvuru Formu

Adı Soyadı _____

TC Kimlik No _____

Ünvan _____

Çalışılan Kurum _____

İkamet Adresi _____

İş Adresi _____

Telefon Numaraları *Mobil:* _____ *İş:* _____ *Ev:* _____

E-posta _____

Uzman Olunan Tarih ve Kurum _____

Referanslar*	1. Referans	2. Referans
	<i>Ad Soyad</i>	<i>Ad Soyad</i>
	<i>İmza</i>	<i>İmza</i>

Kalça Diz Artroplastisi Derneği'ne üye olarak kabulümü rica ederim

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

Başvuru sahibinin imzası

.../.../..... Tarihli yönetim kurulu toplantısında üye olarak kabul edilmiştir.

Kalça Diz Artroplastisi Derneği
Yönetim Kurulu Başkanı

Eklenecek Belgeler

- 1) Nüfus cüzdanı fotokopisi
- 2) 2 adet vesikalık fotoğraf
- 3) Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanlık Belgesi
- 4) Yıllık aidat ödeme belgesi (100TL)