



ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ ÇALIŞANLARI DERNEĞİ

Üyelik Başvuru Formu

ADI SOYADI :
BABA ADI :
ANNE ADI :
DOĞUM YERİ VE TARİHİ :
MESLEĞİ :
ADRESİ :
.....
TELEFON :
EĞİL :

ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ ÇALIŞANLARI DERNEĞİ BAŞKANLIĞI'NA

Yukarıda belirtmiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu bildirir, üyeliğimin kabulü için gerekli işlemlerin yapılmasını rica ederim.

.../.../.....
imza

EKİ:

Fotoğraf

Kimlik Belgesi

Üye giriş aidatı alınmıyor (Yıllık üyelik bedeli 200 TL)

Bu bölüm yönetim kurulu tarafından doldurulacaktır

Makbuz/Havale Tarihi :

Makbuz no :

Üyelik karar tarihi ve No:

Üye Kayıt Sıra No :