

İŞYERİ HEKİMLERİ DERNEĞİ

İşyeri Hekimleri Derneği Yönetim Kurulu Başkanlığı'na
Derneğin amaçlarını benimsiyor ve faaliyetlerinize katılmak istiyorum. Belirlenen
üyelik aidatını ödemeyi kabul ediyorum.
Üyeliğe alınmamı rica ederim.

Adı, soyadı :

Tarih:

İmzası :

ÜYELİK BAŞVURUSU İÇİN GEREKLİ BİLGİLER

Adı, Soyadı* :
Tabip Odası* :
T.Odası Üye No :
Yaşadığı Kent* :
İşyeri/OSB adı ve üyeleri* :
İş Adresi* :
Ev Adresi :
Telefon Ev :
Telefon İş* :
Telefon Cep* :
E-posta * :@.....
Mezun old. tıp fakültesi* :
Mezuniyet tarihi* :
Uzmanlık dalı :
İşyeri hekimliği sertifikasını aldığı tabip odası: * :
Çalıştığı kurum** :

KİMLİK BİLGİLERİ:

TC Kimlik No* :
Baba adı* :
Ana Adı* :
Doğum Yeri* :
Doğum Tarihi* :

Verdiğim bilgilerin doğru olduğunu onaylarım.

Adı Soyadı :
İmza :

*İşareti olan boşlukların doldurulması zorunludur.

**Sadece Part time işyeri hekimleri ve akademisyenler için doldurulması zorunludur.

SAYIN _____ ' IN DERNEĞİMİZE ÜYELİĞİ, YÖNETİM
KURULU'NUN _____ TARİH VE _____ NO'LU KARARI İLE UYGUN
GÖRÜLMÜŞTÜR.

Başkan

İmza

ÜYE NO: : _____
