



AĞIZ VE ÇENE YÜZ CERRAHİSİ BİRLİĞİ DERNEĞİ

ÜYE GİRİŞ BEYANNAMESİ *

Ağız ve Çene Yüz Cerrahisi Birliği Derneği Başkanlığı'na,
5253 sayılı Dernekler Yasası'nın ilgili maddesinde öngörülen şartları taşıyorum. Derneğin tüzük, program, iç yönetmeliklerine uygun şekilde yıllık aidatımı ödemeyi taahhüt ediyorum. Üyeliğe kabulümü arz ederim.

...../...../201....

ADI-SOYADI

İmza

AÇIK KİMLİK	
ADI-SOYADI	
BABA ADI	
ANNE ADI	
DOĞUM YERİ	
DOĞUM TARİHİ	
NÜFUSA BAĞLI OLDUĞU	
İL-İLÇE	
CİLT/AİLE SIRA/ BİREY SIRA NO	
T.C. KİMLİK NO	
UYRUĞU	
MEDENİ HALİ	
MESLEĞİ	
DALI	
DOKTORA YAPTIĞI ÜNİVERSİTE / BÖLÜM	
DOKTORA BAŞLANGIÇ/BİTİŞ TARİHİ	
İŞ ADRESİ	
EV ADRESİ	
İŞ TEL	
CEP TEL	
e-posta	

* Doldurulan formun banka makbuzu ile birlikte belirtilen numaraya fakslandıktan sonra, ayrıca postalanması gerekmektedir. Posta ile gönderilmeyen başvurular geçerli kabul edilmeyecektir.

Üyelik Ücretleri • Asistan, dişhekimisi : 30 \$ veya karşılığı TL • Uzman, öğretim üyesi : 100\$ veya karşılığı TL

Hesap No: Ağız ve Çene-Yüz Cerrahisi Birliği Derneği, **Yapı Kredi Bankası** Kavaklıdere Şubesi **TL Hesap No:** 517 09 783 **IBAN** : TR42 0006 7010 0000 0051 7051 92

Dr. Fethi ATIL, Kırıkkale Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Mimar Sinan Cad. 25, 71200 KIRIKKALE, **Tel:** 0 318 224 4927 **Fax:** 0 318 2250685

Dernek yetkilisi tarafından doldurulacak

Yukarıda kimliği yazılı olan;/...../201.... tarih ve
Sayılı Yönetim Kurulu kararı ile üyeliğe kabul edilmiştir.

DERNEK BAŞKANI

SAYMAN

İmza

İmza