



F
O
T
O
Ğ
R
A
F

TÜRK İÇ HASTALIKLARI UZMANLIK DERNEĞİ

ÜYELİK FORMU

T.C. Kimlik No : _____

Adı, Soyadı : _____

Mezun Olduğu Okul : _____

Mezun Olduğu Yıl : _____

Uzmanlık Eğitimi : _____

Kurum : _____

Bitirdiği Yıl : _____

Ev Adresi : _____

İş Adresi : _____

e-mail : _____

Cep Telefonu : _____

İş Telefonu : _____

Tarih : _____

“ Yukarıda yer alan kimlik bilgilerimin 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu’na uygun olarak, özellikle Dernekler Kanunu, Dernekler Yönetmeliği ve ilgili mevzuat uyarınca Sivil Toplumla İlişkiler Genel Müdürlüğü’ne bildirilmesine ve DERBİS sistemine kaydedilmesine açıkça onay veriyorum.

İmza



Adı :	_____
Soyadı :	_____
Baba Adı :	_____
Ana Adı :	_____
Uyruğu :	_____
Doğum Tarihi :	_____
Doğum Yeri :	_____
İl :	_____
İlçe :	_____
Nahiye :	_____
Köy/Mahalle :	_____
Ev No :	_____
Cilt No :	_____
Sayfa No :	_____

Yukarıda kimliği yazılı olan kişi yönetim kurulu'nun/...../..... tarih ve
(.....) sayılı kararı ile **Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği**'nin
(.....) No'lu üyeliğine kabul edilmiştir.

Başkan

Genel Sekreter