MEDİKAL ESTETİK DERNEĞİ ÜYE KAYIT FORMU

Derneğinize üye olmak istiyorum. Gerekli bilgilerim aşağıda bilginize sunulmaktadır. Üyeliğe kabul edilmem halinde Medikal estetik Derneği Tüzüğünde yer alan koşullara tam olarak uyacağımı ve Dernek tarafından belirlenen giriş ödentisi ve aylık üyelik aidatlarını düzenli ödemeyi beyan ve taahhüt ederim. Dernek üyeliğine kabulüm için gereğinin yapılmasını arz ederim. …../…./ 20…

İMZA

ADI SOYADI :

T.C. KİMLİK NO : UYRUĞU:

DOĞUM YERİ VE TARİHİ: BABA ADI : ANNE ADI:

MEDİKAL ESTETİK UYGULAMA SERTİFİKASI NO:

ÇALIŞTIĞI KAMU-ÖZEL KURUM:

MESLEĞİ- UNVANI:

İŞ ADRESİ:

EV ADRESİ:

İŞ TELEFONU: CEP TELEFONU:

E-POSTA ADRESİ:

KISA ÖZGEÇMİŞ:

**EKLER:**

1. Nüfus Cüzdanı Fotokopisi

2. Tıp Fakültesi Diploma Önlü-Arkalı Fotokopisi

3. Medikal Estetik Uygulama Sertifikası Önlü-Arkalı Fotokopisi

4. İki Adet Vesikalık Fotoğraf

Not: Bu kısım dernek yetkilileri tarafından doldurulacaktır.

YÖNETİM KURULU KARAR TARİHİ VE NUMARASI : ………/………/……… NO : ……

GİRİŞ ve AİDAT ÖDENTİSİNİN DEKONT-MAKBUZ TARİHİ VE NO : ………/………/……… NO :……..

Üyeliğe kabulü uygundur.

BAŞKAN SAYMAN SEKRETER