



MEDİKAL ESTETİK DERNEĞİ ÜYE KAYIT FORMU

Derneđinize üye olmak istiyorum. Gerekli bilgilerim aşağıda bilginize sunulmaktadır. Üyeliđe kabul edilmem halinde Medikal estetik Derneđi Tüzüđünde 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 :

UYRUĐU:

DOĐUM YERİ VE TARİHİ:

BABA ADI :

ANNE ADI:

MEDİKAL ESTETİK UYGULAMA SERTİFİKASI NO:

ÇALIŐTIĐI KAMU-ÖZEL KURUM:

MESLEĐİ- UNVANI:

İŐ ADRESİ:

EV ADRESİ:

İŐ TELEFONU:

CEP TELEFONU:

E-POSTA ADRESİ:

KISA ÖZGEÇMİŐ:

EKLER:

1. Nüfus Cüzdanı Fotokopisi
2. Tıp Fakültesi Diploma Önlü-Arkalı Fotokopisi
3. Medikal Estetik Uygulama Sertifikası Önlü-Arkalı Fotokopisi
4. İki Adet Vesikalık Fotođraf

Not: Bu kısım dernek yetkilileri tarafından doldurulacaktır.

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

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

Üyeliđe kabulü uygundur.

BAŐKAN

SAYMAN

SEKRETER