 

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.

//2023

|  |
| --- |
| AÇIK KIMLIK |
| ADI-SOYADI |  |  |
| BABA ADI |  |
| ANNE ADI |  |
| DOGUM YERI |  |
| DOGUM TARIHI |  |
| NÜFUSA BAĞLI OLDUĞU |  |
| IL-ILÇE |  |  |
| CILT/AILE SIRA/ BIREY SIRA NO |  |  |  |
| T.C. KIMLIK NO |  |
| UYRUGU |  |
| MEDENI HALI |  |
| MESLEĞİ |  |
| DALI |  |
| PROGRAMI |  ⃝ Doktora |  ⃝ Uzmanlık |
| PROGRAMI SÜRDÜRDÜĞÜ UNIVERSITE/ BOLUM |  |  |
| PROGRAM BAŞLANGIÇ/BITIŞ TARIHI |  |  |
| IŞ ADRESI |  |
| EV ADRESI |  |
| IŞ TEL |  |  |
| CEP TEL |  |  |
| e-posta |  |  |

Doldurulan formun banka makbuzu ile birlikte e-mail adresine, ayrıca posta yolu ile iletilmesi gerekmektedir.

*Üyelik Ücreti:* • *Asistan- Uzman Adayı: 350 TL • Uzman, öğretim üyesi: 700 TL*

*Yıllık Aidat: 200 TL*

*Alıcı:* Ağ*ız* 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

*İletişim: Dr. Fethi Atıl,* *atil.fethi@gmail.com* *ve* *secretariat@acbid.org* *Telefon: 0542 152 22 43 Funda Baran*

|  |
| --- |
| Dernek yetkilisi tarafından doldurulacak |
| Yukarıda kimliği yazılı olan ...................................................................; ......../........./202.... tarih ve ..........Sayılı Yönetim Kurulu kararı ile üyeliğe kabul edilmiştir. |
| DERNEK BAŞKANI | SAYMAN |