|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| E:\İÇSAD - SİDEF\İÇSAD İNTERNET SİTESİ\İÇSAD LOGO.PNG | | **İÇ ANADOLU**  **SAĞLIK İDARECİLERİ DERNEĞİ**  **ÜYE BAŞVURU FORMU** | | | | | Fotoğraf |
|  | | | | | | | |
| Adı Soyadı |  | | | | | | |
| T.C. Kimlik No |  | | | Baba Adı |  | | |
| Doğum Tarihi |  | | | Anne Adı |  | | |
| Doğum Yeri |  | | | Medeni Hali |  | | |
| **Nüfusa Kayıtlı Olduğu** | | | | | | | |
| İl |  | | | İlçe |  | | |
| Mahalle/Köy |  | | | Cilt No: Aile Sıra No: Sıra No: | | | |
| **Eğitim Bilgileri** | | | | | | | |
| Eğitim Durumu | Lisans ( ) Yüksek Lisans ( ) Doktora ( ) | | | | | | |
| Lisans | Üniversite | |  | | | | |
| Fakülte / Yüksekokul | |  | | Bölüm |  | |
| Yüksek Lisans | Üniversite | |  | | | | |
| Bölüm | |  | | | | |
| Doktora | Üniversite | |  | | | | |
| Bölüm | |  | | | | |
| Çalıştığı Kurum |  | | | | | | |
| Mesleği |  | | | Unvanı |  | | |
| İş Adresi |  | | | | | | |
| İkamet Adresi |  | | | | | | |
| Telefon | Cep: | | | İş: Dahili: | | | |
| e-posta |  | | | | | | |
| YÖNETİM KURULU BAŞKANLIĞINA  İç Anadolu Sağlık İdarecileri Derneği Tüzüğü’nü okudum. Tüzükte yer alan tüm hükümleri ve üyelerin yerine getirmesi gereken yükümlülükleri yerine getireceğimi kabul ediyorum. Yukarıdaki bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.  Üyelik kaydımın yapılması hususunda;  Gereğini ve bilgilerinizi arz ederim.  ……/……/…….  İmza:  Ad Soyad: | | | | | | | |
| YÖNETİM KURULU KARARI  Yukarıda açık kimliği bulunan ve üyelik başvurusu incelenen Sayın ……………………………………………..………………… İç Anadolu Sağlık İdarecileri Derneği Yönetim Kurulu’nun ……../……../……... tarihli ve ……………………..… sayılı kararı ile dernek üyeliğine kabul edilmiştir.  **Üye Kayıt No:**  Yönetim Kurulu a.  Dernek Başkanı | | | | | | | |