PALYATİF BAKIM DERNEĞİ ÜYELİK FORMU

Palyatif Bakım Derneği Yönetim Kurulu'na,

Palyatif Bakım Derneği tüzüğünü okudum. Derneğin amaçlarını, ilkelerini ve çalışma prensiplerini kabul ediyorum. Dernekler kanuna göre göre üyeliğimde bir sakınca olmadığını beyan ve aşağıdaki bilgilerin doğruluğunu kabul ederek üyeliğimin kabulünü talep ediyorum.

Tarih:
Adı Soyadı:
İmza:

Adı:	
Soyadı:	
Ünvanı:	
Uzmanlık Alanı:	
Diploma Tarih / Numara:	
Çalıştığı Kurum:	
İş Adresi:	
Ev Adresi:	
Telefon	
İş:	
Ev:	
GSM:	
E-Mail:	
Referans 1:	
Referans 2:	

Kimlik Bilgileri (Nüfuz Cüzdanı)

Seri No:	
T.C. Kimlik No:	
Soyadı:	
Adı:	
Baba Adı:	
Anne Adı:	
Doğum Yeri:	
Doğum Tarihi	
İl:	
İlçe:	
Mahalle/Köy:	
Cilt No:	
Aile Sıra No:	
Sıra No:	
Verildiği Yer:	
Veriliş Nedeni:	
Kayıt No:	
Veriliş Tarihi:	

Ek Belgeler:

1. **2 adet vesikalık fotograf**
2. **Nüfus cüzdanı fotokopisi**
3. **Özgeçmiş**
4. **Referans olacak kişilerin dernek üyesi olması gerekmektedir**