

NOROŞİRÜRJİ HEMŞİRELERİ DERNEĞİ ÜYELİK BİLDİRİM FORMU

FOTOĞRAF

Üyelik Kayıt No :
Adı Soyadı :
Baba Adı :
Anne Adı :
Uyruğu :
Doğum Yeri Yılı :
Üyelik Giriş Tarihi :
Üyelik Giriş No :
İkametgah Adresi :
İş Adresi :
Mail Adresi :
Mesleği :
T.C Kimlik No :
Nüfus Cüzdan No :
Medeni Hali :

Tel:

Tel:

İli:

Kazası:.....Köy/Mah:.....

Ev No:..... Cilt No:.....Sahife No:.....

Dernek Tüzüğünü okudum ve üyeliğini kabul ettim. Senelik aidat
taahhüt ederim.

Tarih :

imza:

Not: iki adet vesikalık fotoğraf ilâştirilmesi

Yönetim kurulu kararı
.....
.....