**ENFEKSİYON HASTALIKLARI VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA DERNEĞİ (EHEAD)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ÜYELİK BAŞVURU FORMU x** | | | |
| **Başvuru Tarihi:** |  | | **Fotoğraf** |
| **Adı Soyadı** |  | |
| **TC Kimlik No** |  | |
| **Doğum Tarihi** |  | |
| **Doğum Yeri** |  | |
| **Cinsiyeti** |  | |
| **Baba Adı** |  | **Anne Adı** |  |
| **Meslek / Unvanı** |  | | |
|  | | | |
| **İletişim Bilgileri x** | | | |
| **Ev Adresi** |  | | |
| **Mevcut İşyeri Adı Adresi** |  | | |
| **Cep / Ev Telefonu** |  | | |
| **e-posta adresi** |  | | |

Derneğinize üye olmak istiyorum. Dernekler Kanunu'na göre üye olmamda herhangi bir sakınca yoktur. Yukarıdaki bilgilerimin doğruluğunu taahhüt eder, üyeliğimin kabulünü arz ederim.

**Adı Soyadı - İmza**

**Yönetim Kurulumuzun ....... / ...... / ...... tarih ve ....... /....... sayılı kararı ile derneğimize üye olarak kabulü uygun görülmüştür.**