



## ÖZEL HASTANELER PLATFORMU ÜYELİK BEYANNAMESİ

Üyenin :

Adı Soyadı			
Baba Adı			
Ana Adı			
Uyruğu			
Doğum Yeri / Yılı			
Mesleği			
Yıllık Aidat Taahhüdü			
İkametgah Adresi			
Temsilci Olduğu Şirket Adı - Ünvanı			
Temsilci Olduğu Özel Sağlık Kuruluşu Adı			
Telefon / Faks			
Web Adresi			
E-mail Adresi			
Nüfus Hükümet Kaydı			
T. C. Kimli No		Cilt No	
İl		Sıra No	
İlçe		Aile Sıra No	
Kasaba / Nahiye		Medeni Hali	
Köy / Mahalle / Sokak			

Derneğin tüzüğünü okudum ve tüm maddelerini kabul ediyorum. Tüzükte yazılı olan amaçlar doğrultusunda tarafıma düşen yükümlülükleri yerine getirmeyi ve belirlenmiş olan aylık/yıllık aidatı ödemeyi taahhüt ediyorum. Derneğe üyeliğimin kabulü hususunda gereğini arz ederim.

Adı Soyadı

İmza

Yukarıda adı - soyadı ve kurumsal bilgileri bulunan kurum yetkilisi şahıs, ...../...../..... Tarih ve ..... sayılı Yönetim Kurulu kararı ile dernek üyeliğine kabul edilmiştir.

Dr. Mehmet ALTUĞ  
Yönetim Kurulu Başkanı

İmza / Mühür