**ÜYELİK FORMU**

**SAĞLIK YÖNETİMİ EĞİTİM PROGRAMLARI DEĞERLENDİRME VE AKREDİTASYON DERNEĞİ**

|  |
| --- |
| **Fotoğraf** |

 **ÜYE GİRİŞ BİLDİRGESİ**

1-**Adı ve Soyadı** :………………………………………………..

2-**T.C. Kimlik No** :………………………………………………..

3-**Doğum Tarihi** :………………………………………………...

4-**Doğum Yeri** :……………………………………………………………………….

5-**Baba Adı** :……………………………………………………………………….

6-**Ana Adı** :……………………………………………………………………….

7-**Derneğe üye olmasını engelleyecek yasal bir nedenin bulunup bulunmadığı**

:………………………………………………………………………

8-**Eğitim Durumu**  :…………………………………………………………………….

9-**Mesleği** :……………………………………………………………………....

10-**İkametgah Adresi**:………………………………………………………………

……………………………………………………………………….

11-**İş Adresi** :………………………………………………………………………

……………………………………………………………………….

**Cep No:**

**e-posta:**

**YÖNETİM KURULU BAŞKANLIĞINA**

Derneğinizin tüzüğünü inceledim, tüzükte belirtilen amaçların gerçekleştirilmesine katkıda bulunmak istiyorum. Dernekler kanununa göre üye olmamda her hangi bir sakınca yoktur.

Yukarıdaki bilgilerin doğruluğunu ve taahhüt eder üyeliğimin kabulünü arz ederim.

 …./…../20..

 İmza

Adı Soyadı