

ÜYELİK KAYIT ve BİLGİ FORMU

KİMLİK BİLGİLERİNİZ

TC kimlik no:.....

Adı :.....

Soyadı :.....

Doğum tarihi:..... Doğum yeri:.....

Anne adı:..... Baba adı:.....

Nüfus cüzdanı seri no:.....

Nüfusa kayıtlı olduğunuz

İl:..... İlçe:..... Mahalle/Köy:.....

Cilt no:..... Aile sıra no:..... Sıra no:.....

Uyruk:..... Medeni hali:..... Kan grubu:.....

MESLEKİ BİLGİLERİNİZ

Mezun olduğunuz fakülte:..... Yıl:.....

Diplomada yazılı ad ve soyad:.....

Diploma tarih ve numarası:.....

Diploma tescil tarih ve numarası:.....

Mesleki Durumunuz (Pratisyen/Asistan/Uzman):.....

Uzmanlık dalı:.....

Uzmanlık belgesi tarihi:.....

Akademik kariyer:..... Yıl:.....

Yabancı dil:.....

ÜYE NO

.....

ADRES BİLGİLERİNİZ

Ev adresi:.....

İlçe:..... İl:.....

Posta kodu:.....

Telefon:..... Cep Telefonu:.....

E-posta:..... @.....

Çalışmakta olduğunuz özel/kamu işyeri adı ve adresi:

1).....

İlçe:..... İl:.....

Posta kodu:..... Telefon:..... Faks:.....

Göreviniz (hekim,uzman hekim,işyeri hekimi, aile hekimi vb.):.....

2).....

İlçe:..... İl:.....

Posta kodu:..... Telefon:..... Faks:.....

Göreviniz (hekim,uzman hekim,işyeri hekimi, aile hekimi vb.):.....

Muayenehane adresi:.....

İlçe:..... İl:.....

Posta kodu:..... Telefon:..... Faks:.....

Yazışma adresi öncelikli tercihiniz

Ev İşyeri Muayenehane

Müracaat tarihi:.....

İmza:.....

..... Tabip Odası'na üye olmak istiyorum. Kimlik kartı almak istiyorum. Üyelik bilgilerimi güncellemek istiyorum

Bilgilerimin oda tarafından yapılacak bilgilendirme ve duyuruların bana ulaştırılmasında kullanılmasına muvafakat ediyorum.

..... yılında Tabip Odası'ndan nakil geldim. Kaydımın Tabip Odası'na alınmasını istiyorum.

Yönetim Kurulu Karar Tarihi:

Yetkili imza:

BAŞKA ODAYA ÜYE HEKİM KAYIT ve BİLGİ FORMU

ÜYESİ BULUNDUĞUNUZ TABİP ODASI:

.....

KİMLİK BİLGİLERİNİZ

TC kimlik no:.....

Adı :.....

Soyadı :.....

Doğum tarihi:..... Doğum yeri:.....

Anne adı:..... Baba adı:.....

Uyruk:..... Medeni hali:..... Kan grubu:.....

MESLEKİ BİLGİLERİNİZ

Mezun olduğunuz fakülte:..... Yıl:.....

Diplomada yazılı ad ve soyad:.....

Diploma tarih ve numarası:.....

Diploma tescil tarih ve numarası:.....

Mesleki Durumunuz (Pratisyen/Asistan/Uzman):.....

Uzmanlık dalı:.....

Uzmanlık belgesi tarihi:.....

Akademik kariyer:..... Yıl:.....

Yabancı dil:.....

KAYIT NO

.....

ADRES BİLGİLERİNİZ

Ev adresi:.....

.....

İlçe:..... il:.....

Posta kodu:.....

Telefon:..... Cep Telefonu:.....

E-posta:..... @.....

Çalışmakta olduğunuz özel/kamu işyeri adı ve adresi:

1).....

İlçe..... İl:.....

Posta kodu:..... Telefon:..... Faks:.....

Göreviniz (hekim,uzman hekim,işyeri hekimi, aile hekimi vb.):.....

2).....

İlçe..... İl:.....

Posta kodu:..... Telefon:..... Faks:.....

Göreviniz (hekim,uzman hekim,işyeri hekimi, aile hekimi vb.):.....

Muayenehane adresi:.....

İlçe..... İl:.....

Posta kodu:..... Telefon:..... Faks:.....

Yazışma adresi öncelikli tercihiniz

Ev İşyeri Muayenehane

Müracaat tarihi:.....

İmza:

..... Tabip Odası'na üye olmak istiyorum. Kimlik kartı almak istiyorum. Üyelik bilgilerimi güncellemek istiyorum

Bilgilerimin oda tarafından yapılacak bilgilendirme ve duyuruların bana ulaştırılmasında kullanılmasına muvafakat ediyorum.

..... yılında Tabip Odası'ndan nakil geldim. Kaydımın Tabip Odası'na alınmasını istiyorum.

Yönetim Kurulu Karar Tarihi:

Yetkili imza: