

## CERRAHI AMELİYATHANE TEKNİKLERİ DERNEĞİ ÜYELİK BİLDİRİM FORMU

ADI SOYADI:
TC KİMLİK NO /YABANCI UYUKLU KİMLİK NO:
BABA ADI:
ANNE ADI:
CİNSİYET:
UYRUĞU:
DOĞUM YERİ VE DOĞUM TARİHİ:
İKAMETGÂH ADRESİ:
İLETİŞİM NUMARASI:
E-MAİL:
MESLEĞİ:
MEZUN OLDUĞU OKULLAR
ÖNERİLERİNİZ:

Dernek tüzüğünü okudum. Dernek aidatını düzenli olarak ödemeyi taahhüt ediyorum.

Cerrahi Ameliyathane Teknikerleri Derneğine üyeliğimin kabul edilmesini arz ederim.

Tarih : Adı Soyadı: İmza:

Not: Üyelik için gerekli belgeler;

1 adet vesikalık fotoğraf, İmzalı CERATDER üyelik formu, Banka dekontu (banka dekontu [ceratder@ceratder.org](mailto:ceratder@ceratder.org) adresine elektronik posta ile de gönderilebilir.) Dekontu elektronik posta yoluyla gönderdiyseniz bu alana belirtiniz.

Üyelik ücreti: Aylık 2,5 TL Yıllık 30 TL dir.

**Hesap Adı: Cerrahi Ameliyathane Teknikerleri** Vakıf Bank Karşiyaka/ Ankara şubesi

**Hesap No: 5001 5800 7308 5640 23** IBAN No: TR 730001 5001 5800 7308 5640 23

TCKN/ VKN: 206 121 44 65

Yazışma ve İletişim Adresi: Eskişehir Şehir Hastanesi 71 Evler Mahallesi Çavdar Sok.26080 Odunpazarı/ESKİŞEHİR

Oğuzhan Şereflioğlu 0533 734 10 20 İrem ŞENEL 0542 322 44 63

(Bu kısım Dernek görevlilerince doldurulacaktır )

Üyelik giriş/kabul tarihi:

Üyelik Çıkış tarihi: