|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ÜYELİK**  **KAYIT ve BİLGİ FORMU**  **-------------------------------------------------------------------------------------------------**   |  | | --- | | **ÜYE NO :** |   **KİMLİK BİLGİLERİNİZ**  TC kimlik no: …………………………………………………………………………  Adı:……………………………………………………………………………………..  Soyadı:……………………………………………………………………………….  Doğum tarihi:………………………….. Doğum yeri:………………………….  Anne adi:…………………………………….Baba adi:…………………………..  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 (Pratîsyen/Asistan/Uzman):………………………………  Uzmanlık dalı:  Uzmanlık belgesi tarihi:  Akademik kariyer: Yıl:  Yabancı dil: | |  | | --- | |  |   **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:** |
| Yönetim Kurulu Karar Tarihi:  Yetkili imza:  □ Gaziantep-Kilis Tabip Odası'na üye olmak istiyorum. □ Kimlik kartı almak istiyorum.  □ Bilgilerimin oda tarafından yapılacak bilgilendirme ve duyuruların bana ulaştırılmasında kullanılmasına muvafakat ediyorum.  □................................... yılında Tabip Odası'ndan nakil geldim. | |