|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 olduğunuzİl: .. - 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. |