**KABUL TARİHİ**: ...........................

*(Kabul tarihi TEÜECD tarafından doldurulacaktır.)*

ÜYE KAYIT FORMU

\* MEZUN OLDUĞU TIP FAK/YIL:

\* UZMAN OLDUĞUNUZ KURUM TARİH:

\* UZMANLIK DALI :

\* T.C. KİMLİK NO:

\* ADI: \* SOYADI:

\* DOĞUM YERİ: \* DOĞUM TARİHİ:

\* ÜNVANI:

\* ÇALIŞTIĞI KURUM:

TELEFONU: FAKS:

MUAYENEHANE ADRESİ:

TELEFONU: FAKS:

\* EV ADRESİ:

TELEFONU:

\* CEP TELEFONU: \* E-POSTA:

\* SİZİ ÖNEREN TEÜECD ÜYELERİ: (*İki asil üyemizin ismini belirtmeniz gerekmektedir*.)

1. …………………………………………
2. …………………………………………

\*(VARSA) EL CERRAHİSİ YAYINLARI :

\*(VARSA) UZMANLIK SONRASI EL CERRAHİSİ EĞİTİMLERİ:

\* ÇALIŞTIĞINI KLİNİKTE YAPILAN EL CERRAHİSİ OPERASYON SAYISI /YIL:

**YILLIK AİDAT**: 750 TL

*Türk El ve Üst Ekstremite Cerrahisi Derneği’ne üye olarak kabulümü rica ederim.*

\* BAŞVURU TARİHİ :

\* İMZA :

**TEÜECD Üyeliği İçin Gerekli Belgeler**:

- 2 adet yeni çekilmiş fotoğraf

- Nüfus Cüzdanı Fotokopisi

- Üyelik aidatının yatırıldığına dair dekont

**HESAP ADI** : TÜRK EL VE ÜST EKSTREMİTE CERRAHİSİ DERNEĞİ

**BANKA ADI** : GARANTİ BANKASI MEŞRUTİYET CADDESİ ŞUBESİ

**IBAN NO** : TR72 0006 2000 5280 0006 2990 69

**AÇIKLAMA** : DR. AD SOYAD AİDATI

***ADRES****: Atatürk Bulvarı 175/20 Bakanlıklar Çankaya Ankara*

 ***ÖNEMLİ NOT:*** *Başvurunuzun tüm belgelerle birlikte eksiksiz olarak adresimize kargo yolu ile gönderilmesi rica olunur. Aksi takdirde TEÜECD sekretaryası sorumlu değildir.*