

Üye No: _____



KIBRIS TÜRK FİZYOTERAPİSTLER DERNEĞİ ÜYELİK FORMU

ADI VE SOYADI:	
MEZUN OLDUĞU ÜNİVERSİTE:	
MEZUNİYET YILI:	
YÜKSEK LİSANS EĞİTİMİ:	VAR: <input type="checkbox"/> YOK: <input type="checkbox"/> HALEN: <input type="checkbox"/>
DOKTORA EĞİTİMİ:	VAR: <input type="checkbox"/> YOK: <input type="checkbox"/> HALEN: <input type="checkbox"/>
HABERLEŞME ADRESİ:	
TELEFON NO:	
E-POSTA ADRESİ:	
ÇALIŞTIĞI KURUMUN ADI:	
ÇALIŞTIĞI KURUMUN ADRESİ:	
ÇALIŞTIĞI KURUM TELEFON NO:	
DAHA ÖNCE ÇALIŞTIĞI KURUMLARIN ADLARI:	
ÜYELİĞİ BULUNAN DİĞER DERNEK VE KURUM ADLARI:	
KİMLİK BİLGİLERİ	
KİMLİK KARTI NUMARASI:	
DOĞUM YERİ:	
DOĞUM TARİHİ:	
ANNE ADI:	
BABA ADI:	
KAN GRUBU:	

Kıbrıs Türk Fizyoterapistler Birliğine Üye olmak istiyorum. Üyeliğin gerektirdiği bütün şartları yerine getirmeyi ve ilgili belgeleri birliğe ileterek, 2023 yıllık üyelik bedeli olarak tespit edilen 400 TL ile sonraki dönemlerde belirlenecek üyelik bedellerini ödemeyi kabul ediyorum. Gerekli işlemin yapılmasını rica ederim.

TARİH:

İMZA:

Gerekli Belgeler:

Diploma veya Çıkış belgesi fotokopisi
4 Adet Resim
Nüfus Cüzdanı Fotokopisi
2023 yıllık üyelik bedeli 400 TL