**BAŞ BOYUN CERRAHİSİ DERNEĞİ**

**ÜYELİK FORMU**

**"Baş Boyun Cerrahisi Derneği"nin tüzüğünü okudum ve anladım. Tüzükte belirtilmiş olan şartlara uyarak üyelik sürecimin başlatılmasını talep ediyorum. Bu derneğe üye olarak dernekler ile ilgili yasal mevzuat kapsamında geçerli olan ve "Baş Boyun ve Cerrahisi Derneği" tüzüğünde ayrıca belirtilmiş olan tüm sorumluluk ve görevleri yerine getireceğimi kabul, beyan ve taahhüt ederim.**

**KİMLİK BİLGİLERİ**

**(***Aşağıda talep edilen kimlik bilgileri, yasal mevzuat ve dernekler yönetmeliği gereği alınması zorunludur.***)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ad ve soyad** |  | **T.C. Kimlik no.** |  |
| **Baba adı** |  | **İletişim bilgileri (iş, cep, ev telefonu)** |  |
| **Anne adı** |  | **e-posta** |  |
| **Nüfusa kayıtlı olduğunuz İl/İlçe/Mahalle** |  | **Açık adres** |  |
| **Doğum yeri** |  | **İkamet adresi** |  |
| **Doğum tarihi**  **(gün/ay/yıl)** |  | **Kan grubunuz** |  |

**EĞİTİM BİLGİLERİ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Mezun olduğunuz Tıp Fakültesi** |  | **Mezuniyet yılı** |  |
| **İhtisas aldığınız kurum** |  | **İhtisası tamamladığınız yıl** |  |

**MESLEKİ BİLGİLER**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Şu anda çalışmakta olduğunuz hastane/kurumu belirtiniz.** |  | **Şu anda çalışmakta olduğunuz görev ve (varsa) akademik pozisyonu belirtiniz.** |  Uzman Doktor   Doktor Öğretim Görevlisi   Başasistan   Doktor Öğretim Üyesi   Doçent   Profesör |
| **Türkiye Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Yeterlik Belgeniz var mıdır?** |  | **Avrupa Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Yeterlik Belgeniz var mıdır?** |  |

**Yukarıda belirttiğim tüm bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu kabul, beyan ve taahhüt ederim.**

**Ad-Soyad:………………………………………………………………….**

**İmza:…………………………………………………………………………**