

**ANKARA NÖROİMMÜNOLOJİ DERNEĞİ**

**ÜYE KAYIT FORMU**

**ADI VE SOYADI:**

**FOTO**

**ANNE ADI:**

**BABA ADI:**

**UYRUĞU:**

**DOĞUM YERİ VE YILI:**

**MEZUN OLDUĞU OKUL:**

**MESLEĞİ:**

**EV ADRESİ:**

**EV TEL:**

**İŞ ADRESİ:**

**İŞ TEL:**

**E-MAİL:**

**NÜFUS HÜVVIYET KAYDI:**

**T.C. NO:**

**CÜZDAN NO:**

**İL:**

**İLÇE:**

**MAHALLE KÖY:**

**CİLT NO:**

**AİLE SIRA NO:**

**SIRA NO:**

**ADAYLIĞI ÖNEREN DERNEK ÜYELERİ:**

ÜYE ÖNERİNİZ OLUR MU:

1.ADI SOYADI:

İMZA:

2.ADI SOYADI:

İMZA:

**ÖDEYECEĞİ YILLIK AİDAT:**

Yukarıdaki bilgilerin doğruluğunu ve belirtilen aidatı ödeyeceğimi taahhüt eder,  
Ankara Nöroimmünoloji Derneği'ne üyeliğimin kabulü için gerekenin yapılmasını rica ederim.

**İMZA**  
...../...../2.....

---

ÜYELİĞE KABULÜ UYGUNDUR. \_\_\_/\_\_\_/2\_\_\_  
ÜYE NO:

**YÖNETİM KURULU**