# KLİNİK ARAŞTIRMALAR DERNEĞİ

# ÜYELİK BAŞVURU FORMU

Klinik Araştırmalar Derneği Başkanlığına,

## Ankara

Klinik Araştırmalar Derneğine üye olmak istiyorum. Gereken bilgiler aşağıda verilmekte olup, dernek üyeliğine alınmamı rica ederim.

|  |  |
| --- | --- |
| Tarih: | İmza: |

1. **Kimlik ve İletişim Bilgileri:**

|  |
| --- |
| Adı: |
| Soyadı: |
| Ünvanı/Görevi: |
| İkamet Adresi: ( Posta Kodu, Semt, Şehir, Sokak, Cadde, Numara ) |
| İşyeri Adresi: ( Kurum Adı, Bölüm, Semt, Posta Kodu, Şehir ) |
| Ev Telefonu: |
| İş Telefonu: |
| Cep Telefonu: |
| Faks: |
| E-Mail: |
| Tercih Edilen Yazışma Adresi: ( ) Ev ( ) İş |

1. **Nüfus Bilgileri:**

|  |  |
| --- | --- |
| T. C. Kimlik No: | Uyruğu: |
| Ana Adı: | Baba Adı: |
| Doğum Yeri: | Doğum Tarihi: |
| İli: | İlçesi: |
| Mahalle-Köy: | Medeni Hali: |
| Cilt No: | Aile Sıra No: |
| Sıra No: | Cüzdan No: |

1. **Eğitim Bilgileri:**

|  |
| --- |
| Mezun Olduğu Üniversite: |
| Mezun Olduğu Fakülte: |
| Mezuniyet Yılı: |
| Derece ( Yüksek Lisans, Doktora ): |

1. **Bu Kısım Dernek Tarafından Doldurulacaktır.**

Yukarıda kimliği belirtilen aday, Klinik Araştırmalar Derneği Tüzüğü’nde kabul edilme şartlarını taşımaktadır.

|  |  |
| --- | --- |
| Üye No: | Giriş Tarihi: |
| Üyelik Karar Tarihi ve Numarası: | İmza: |