



DENTAL KLİNİK
İŞLETMECİLERİ
DERNEĞİ

ÜYE BAŞVURU FORMU

ŞİRKET BİLGİLERİ

Klinik Adı			
Tüzel Şirket Adı			
Adresi			
Telefonu		E-mail adresi	
Web Adresi			
Şube Sayısı			
Toplam Diş Hekimi Sayısı (Çalışma izni olan)		Diş Hekimleri Dahil Toplam İstihdam Sayısı	

ŞİRKET TEMSİLCİLERİ

Adı, Soyadı		Adı, Soyadı	
TC Kimlik No.		TC Kimlik No.	
Doğum Tarihi		Doğum Tarihi	
Cep Telefonu		Cep Telefonu	
Temsilcinin Görevi		Temsilcinin Görevi	
Mezun Olduğu Fakülte		Mezun Olduğu Fakülte	

DEKİD Dental Klinik İşletmecileri Derneği tüzüğünü inceledik.
Tüzüğe uygun hareket etmeyi kabul ve taahhüt ediyoruz.
Üyeliğimiz için gereken işlemlerin yapılmasını rica ederiz.

Adı, Soyadı :

İmza :

Adı, Soyadı :

İmza :

Bu bölüm Dernek Genel Sekreterliği kullanımı içindir.

ÜYELİK BAŞVURUSU ONAYI