

**KABUL TARİHİ**: ...........................

*(Kabul tarihi TOTBİD tarafından doldurulacaktır.)*

ÜYE KAYIT FORMU

\* İHTİSAS BAŞLANGIÇ TARİHİ:

\* UZMAN OLDUĞUNUZ TARİH:

\* KURUM:

\* T.C. KİMLİK NO:

\* ADI: \* SOYADI:

\* DOĞUM YERİ: \* DOĞUM TARİHİ:

\* ÜNVANI:

\* ÇALIŞTIĞI KURUM:

TELEFONU: FAKS:

MUAYENEHANE ADRESİ:

TELEFONU: FAKS:

\* EV ADRESİ:

TELEFONU:

\* CEP TELEFONU: \* E-POSTA:

\* SİZİ ÖNEREN TOTBİD ÜYELERİ: (*İki asil [uzman] üyemizin ismini belirtmeniz gerekmektedir*.)

1. …………………………………………
2. …………………………………………

\* **E-posta adresinizin Türk Ortopedi ve Travmatoloji Google grubuna eklenmesini ister misiniz?**

**EVET HAYIR**

**YILLIK AİDAT**: 400 TL

*Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği’ne üye olarak kabulümü rica ederim.*

\* BAŞVURU TARİHİ :

\* İMZA :

**TOTBİD Üyeliği İçin Gerekli Belgeler**:

- 2 adet yeni çekilmiş fotoğraf

- Nüfus Cüzdanı Fotokopisi

- Üyelik aidatının yatırıldığına dair dekont

**HESAP ADI** : TÜRK ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ BİRLİĞİ DERNEĞİ

**BANKA ADI** : GARANTİ BANKASI GAZİOSMANPAŞA ŞUBESİ

**IBAN NO** : TR76 0006 2000 3240 0006 2973 98

**AÇIKLAMA** : DR. AD SOYAD AİDATI

***ADRES****: Bayraktar Mahallesi İkizdere Sokak 21/10 Kat:1 Gaziosmanpaşa 06670 Çankaya Ankara*

 ***ÖNEMLİ NOT:*** *Başvurunuzun tüm belgelerle birlikte eksiksiz olarak adresimize kargo yolu ile gönderilmesi rica olunur. Aksi takdirde TOTBİD sekretaryası sorumlu değildir.*