

İstanbul Cerrahi Derneği Üyelik Başvuru Formu



Tel: (0212) 533 34 32

Fax: (0212) 534 16 05

E-mail: istcd@istcd.org

<http://www.istcd.org/>

Adı Soyadı:

Doğum Tarihi:

Doğum Yeri:

İkametgah Adresi:

Ev Tel:

Cep Tel:

İş adresi

İş Tel:

E-Posta Adresi:

Çalıştığı Kurum:

Mezun olduğu fakülte ve tarihi:

Uzmanlık eğitimi yaptığı kurum ve tarihi:

İdari ve akademik ünvanı:

Öneren üyeler: 1. _____

2. _____

Üyeliğim için gerekli işlemlerin yapılmasını arz ederim.

İmza: _____

Üyelik için gerekli belgeler: nüfus cüzdanı fotokopisi, üç adet vesikalık resim

Lütfen başvuru formunu Banka havalesi dekontu ve gerekli belgeler ile birlikte aşağıda belirtilen irtibat adresine gönderiniz.

İrtibat adresi: İSTEM, İstanbul Tıp Fakültesi, Cerrahi Monoblok Binası, Poliklinik Girişi 1. kat, 34390, Çapa, İstanbul

Üyelik aidatı: 30.000.000 TL

Banka adı: T. İş Bankası, İstanbul Tıp Fakültesi Şubesi (kodu 1200) **Hesap No:** 3187211

Not: Aidatlarınızı EFT ile hesabımıza gönderebilir veya ekteki Kredi kartı ile ödeme formunu doldurmanız halinde biz kredi kartınızdan aidat ödemenizi çekebiliriz.