



Koşuyolu Mah. Ali Nazime Sk. No: 45
Koşuyolu 34718 Kadıköy İstanbul
Telefon : +90 (216) 428 95 51
Faks : +90 (216) 428 95 91
E-posta : info@fpcd.org.tr
Web : www.fpcd.org.tr

ÜYELİK FORMU

Yüz Plastik Cerrahi Derneği Yönetim Kuruluna,
Derneğimize üye olmak istiyorum. Gereğinin yapılmasını saygılarımla arz ederim.

___/___/___

Ad Soyad : _____

İmza: _____

Uzmanlığınızı işaretleyiniz :

- Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Asistanı / Uzmanı
- Estetik Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Asistanı / Uzmanı
- Dermatoloji Asistanı / Uzmanı
- Göz Hastalıkları Asistanı / Uzmanı

Lütfen üyelik için gerekli olan aşağıdaki bilgileri okunaklı olarak yazınız:

T.C. No : _____

Anne Adı : _____

Baba Adı : _____

Doğum Yeri : _____

Doğum Tarihi : _____

E-mail : _____

Kurum : _____

Cep Telefonu : _____

Adres : _____

Dernek tüzüğüne göre başvurular KBB uzmanı 2 asil üye tarafından desteklenmelidir.

Yüz Plastik Cerrahi Derneği Yönetim Kurulu ilk toplantısında üyelik başvurusunun kabulüne veya reddine karar verir.

Destekleyen Üyeler

Ad Soyad : _____ Ad Soyad : _____

İmza : _____ İmza : _____