

BURSA SAĞLIK VE EĞİTİM VAKFI ÜYELİK BAŞVURU FORMU

SAĞLIK VE EĞİTİM VAKFI BAŞKANLIĞINA
BURSA

Vakfınız asil üyeliğine kabul edilmemi dilerim.
__ / __ / 20__

İMZA



Adı Soyadı : _____
Mesleği ve Ünvanı : _____
Uyruğu : _____
Oturduğu Kent : _____
Ev Adresi : _____
İş Adresi : _____
Telefon : _____
Ev : _____
İş : _____
GSM (Cep) : _____

Nüfus Cüzdan Bilgileri
T.C. Kimlik No : _____
Adı : _____
Soyadı : _____
Baba Adı : _____
Anne Adı : _____
Doğum Yeri : _____
Doğum Tarihi : _____
Medeni Hali : _____
Dini : _____
Kan Grubu : _____
Seri No : _____
Nüfus Cüzdan No : _____
İl : _____
İlçe : _____
Mahalle/Köy : _____
Cilt/Aile Sıra No/Sıra No : _____
Verildiği Nüfus Dairesi : _____
Veriliş Nedeni : _____
Cüzdan Kayıt No : _____
Veriliş Tarihi : _____

Üye Adayını Öneren Vakıf Üyeleri

Adı Soyadı : _____

İmzası : _____

Adı Soyadı : _____

İmzası : _____

Üyeliği Önerilen _____'in
başvurusu incelenmiş olup üye olmasını engelleyen bir
durumu yoktur. Değerlendirmenize saygı ile sunulur.

GENEL SEKRETER

_____in

GENEL MERKEZ YÖNETİM KURULUNUN
__ / __ / 20__ TARİH _____ NO'LU
KARARI İLE UYGUN GÖRÜLMÜŞTÜR.

GENEL BAŞKAN