

AKADEMİK GENEL PEDIATRİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE EĞİTİM DERNEĞİ
ÜYE KAYIT FORMU

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı-Soyadı:
T.C. Kimlik No:
Cinsiyet:
Doğum tarihi ve yeri:
Uyruğu:
Meslek/Uzmanlık:
Tıp fakültesi (Adı-mezuniyet yılı):
Uzmanlık yeri (Adı-mezuniyet yılı):

İLETİŞİM BİLGİLERİ

Telefon No/Cep telefon No:
E-posta:
İkametgah adresi/Ev adresi:
İş adresi/Çalıştığı kurum:

Akademik Genel Pediatri Bilimsel Araştırma ve Eğitim Derneği'ne üye olmak istiyorum. Derneğin Tüzüğü'nü okudum. Tüzüğün amaç ve ilkelerini benimsiyorum. Derneğin üyelik şartlarını yerine getirdiğimi beyan eder, üyeliğe kabul edilmem hususunda gereğini arz ederim.

Başvuru Sahibinin Adı-Soyadı:
Başvuru tarihi:
İmzası:

KVKK AYDINLATMA METNİ VE AÇIK RIZA BEYANI

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK) uyarınca, yukarıda beyan ettiğim kişisel verilerimin, Dernek tüzüğü çerçevesinde üyelik işlemlerinin yürütülmesi, iletişim sağlanması, resmi makamlara bildirimlerin yapılması ve dernek faaliyetlerinin yürütülmesi amacıyla işlenmesini, kaydedilmesini ve gerektiğinde resmi makamlarla paylaşılmasını kabul ediyorum.

İşbu metin kapsamında kişisel verilerimin belirtilen amaçlarla kullanılmasına açık rıza verdiğimi beyan ederim.

Adı-Soyadı:
Tarih:
İmza: