

SAĞLIK BİLİMLERİ EĞİTİM PROGRAMLARI DEĞERLENDİRME VE AKREDİTASYON DERNEĞİ

ÜYELİK BAŞVURU FORMU (GERÇEK KİŞİ)

Adı Soyadı :

İlgili Sağlık Bilimleri Alanı :

Lisans Eğitimi Alanı :

Lisans Eğitimi Tamamladığı Üniversite ve Mezuniyet Yılı :

Y.Lisans Eğitimi Alanı :

Y.Lisans Eğitimi Tamamladığı Üniversite ve Mezuniyet Yılı :

Doktora Eğitimi Alanı :

Doktora Eğitimi Tamamladığı Üniversite ve Mezuniyet Yılı :

Şu Andaki Görevi :

Unvanı :

İş Adresi :

Ev Adresi :

Haberleşme İçin Tercih Ettiği Adresi :

İletişim Bilgileri

İş Telefon No :

Fax :

Ev Tel No :

Cep Tel No :

E-mail :

Referanslar: (iki isim)

1)

2)

Üye Giriş Ödeneği :50..... TL

Yıllık Ödenek :50..... TL

Sağlık Bilimleri Eğitim Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği tüzüğü gereğince üyeliğe kabulümü rica ederim.

Üyeliğe Kabul Tarihi :

İMZA

Üye Sıra No :