

**SAĞLIK BİLİMLERİ EĞİTİM PROGRAMLARI
DEĞERLENDİRME VE AKREDİTASYON DERNEĞİ
ÜYELİK BAŞVURU FORMU (TÜZEL KİŞİ)**

Kurum Adı :

İlgili Sağlık Bilimleri Alanı :

Kuruluş Yılı :

Üye Sayısı :

Faaliyet Adresi :

.....

...

İletişim Bilgileri

İş Telefon No :

Fax :

Cep Tel No :

E-mail :

Tüzel Kişiyi Temsil Edecek Bireye Ait Bilgiler

Adı Soyadı :

Temsil Ettiği Tüzel Kişideki Görevi :

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 :

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.

İMZA

Üyeliğe Kabul Tarihi :

Üye Sıra No :