

ÜYE BAŞVURU FORMU



Sağlığımız önceliğimizdir

ADI SOYADI :
TC KİMLİK NO :
CİNSİYET KADIN ERKEK

FOTOĞRAF

A) KİŞİSEL BİLGİLER

DOĞUM YERİ VE TARİHİ :
EV ADRESİ :
EV TEL :
CEP TEL :
E-MAİL ADRESİ :
KAN GRUBU :
MEDENİ HALİ :
ÜYE OLDUĞUNUZ DERNEK VE KURULUŞLAR:.....

EĞİTİM DURUMU

	OKUL İSMİ/BÖLÜMÜ	MEZUNİYET YILI
LİSE
ÖN LİSANS
ÜNİVERSİTE
YÜKSEK LİSANS
DOKTORA
DOKTORA SONRASI

AKADEMİK ÇALIŞMALAR

BİLDİĞİNİZ YABANCI DİLLER

İNGİLİZCE	ORTA <input type="checkbox"/>	İYİ <input type="checkbox"/>	ÇOK İYİ <input type="checkbox"/>
ALMANCA	ORTA <input type="checkbox"/>	İYİ <input type="checkbox"/>	ÇOK İYİ <input type="checkbox"/>
FRANSIZCA	ORTA <input type="checkbox"/>	İYİ <input type="checkbox"/>	ÇOK İYİ <input type="checkbox"/>
DİĞER.....	ORTA <input type="checkbox"/>	İYİ <input type="checkbox"/>	ÇOK İYİ <input type="checkbox"/>

B) MESLEKİ BİLGİLER

BAĞLI OLDUĞUNUZ ECZACI ODASI VE SİCİL NO :.....

ABONE OLDUĞUNUZ MESLEKİ DERGİ VE GAZETELER :.....

AİLENİZDE (VARSA) DİĞER ECZACILAR :.....

KAÇ YILDIR SERBEST ECZACILIK YAPIYORSUNUZ :.....

ECZANE ADI :.....

ECZANE ADRESİ :.....

.....

POSTA KODU VE SEMT :.....

ŞEHİR :.....

ECZANE TELEFONU :.....

E-POSTA ADRESİ :.....

ECZANENİN BULUNDUĞU YERDEKİ İKAMET SÜRENİZ :.....

ECZANENİN KONUMU :.....

SEMT SAĞLIK OCAĞI KARŞISI ANA ARTER HASTANE KARŞISI DİĞER

ECZANENİN ALAN BÜYÜKLÜĞÜ (M2) :.....

ECZANENİN KAPI SAYISI :.....

KULLANILAN BİLGİSAYAR PROGRAMLARI :.....

.....

ÇALIŞTIĞINIZ ECZA VE İTRİYAT DEPOLARI :.....

.....

ÇALIŞAN PERSONEL SAYISI VE GÖREVLERİ :.....

.....

SERTİFİKALI ECZANE TEKNİSYEN SAYISI :.....

ANLAŞMALI KURUMLAR :.....

NÖBET TUTUYOR MUSUNUZ? :.....

İLAÇ DIŞI ÜRÜN KATEGORİLERİ

DERMOKOZMETİK BİTKİSEL TAKVİYELER MEDİKAL OPTİK DİĞER

DERNEK HAKKINDA BİLGİYİ NEREDEN ALDINIZ? :.....

ETKİN ECZACILIK DERNEĞİ'NE NEDEN ÜYE OLMAK İSTİYORSUNUZ?:.....

.....

DERNEĞİMİZE KATKIDA BULUNABİLECEĞİNİZ ALANLAR, KONULAR:.....

.....

EKLEMEK İSTEDİKLERİNİZ

.....
.....
.....

REFERANSLARINIZ

LÜTFEN BAŞVURUNUZA ETKİN ECZACILIK ÜYELERİNDEN 1 KİŞİNİN YAZILI REFERANSINI EKLEYİNİZ.

.....
.....

İŞBU ÜYELİK BAŞVURU FORMU İLE E1 ETKİN ECZACILIK DERNEĞİ'NE ÜYE OLMAK ÜZERE BAŞVURUDA BULUNDUĞUMU, BAŞVURUMUN KABULÜ HALİNDE DERNEK GİRİŞ AİDATI VE DERNEK YILLIK ÜYELİK AİDATINI ÖDEYECEĞİMİ KABUL VE TAAHHÜT EDERİM.

TARİH

.....

BAŞVURU SAHİBİ İMZASI

NOT: BAŞVURU FORMUNUZ, E1 ETKİN ECZACILIK DERNEĞİ İLGİLİ KOMİSYONU TARAFINDAN DEĞERLENDİRİLEREK EN GEÇ ÜÇ AY İÇİNDE TARAFINIZA BİLGİ VERİLECEKTİR. DOLDURULMUŞ OLDUĞUNUZ BAŞVURU FORMUNA İLAVE OLARAK; NÜFUS CÜZDANI FOTOKOPİSİ, İKAMETGÂH BELGESİ VE 2 ADET VESİKALIK FOTOĞRAFINIZI BİZE ULAŞTIRINIZ.

Doldurup imzaladığınız formu ve gerekli belgeleri aşağıdaki posta adresine gönderiniz.

Etkin Eczacılık Derneği

Nispetiye Cad. Belkıs Apt. No:7 D:4 Levent-Beşiktaş/İstanbul