

**Dernek Merkezi**  
Kızıllırmak Mah. Ufuk Üniversitesi Cad.  
ARMA KULE İŞ MERKEZİ NO: 11B - M3  
Sabit Tel : 0312 543 58 28  
Gsm: +90 535 974 03 09  
E-posta: info@usttak.org  
www.usttak.org



## TÜZEL KİŞİ ÜYE BAŞVURU FORMU

### ÜYE BİLGİLERİ

Tüzel Kişi Adı : ...../...../.....  
Adres :  
Telefon : Yetkili İmza:  
Web :  
E-Posta :

### TEMSİLCİ BİLGİLERİ

#### Firmayı Temsil Edecek Yetkilinin

T.C. Kimlik No:  
Adı Soyadı :  
İş/Mesleği :  
Adres (Ev) :  
Firma Adı:  
Adres (İş) :  
Telefon (İş) :  
Telefon (GSM) :  
E-Posta :  
Web :

### TEMSİLCİ KABUL BİLGİLERİ

Derneğin tüzüğünü okuduk ve kabul ettik. Tüzükte belirtilen amaçların gerçekleştirilmesi için çalışmak ve katkıda bulunmak istiyoruz. Üyeliliğimizi engelleyen hiçbir yasal sakınca yoktur. Yukarıdaki bilgilerin doğruluğunu taahhüt ediyor, üyeliliğimizin kabulünü istiyoruz.

...../...../..... Kaşe / imza:

### ÜYELİK İÇİN GEREKLİ EVRAKLAR

- \* Temsilcinin nüfus cüzdanı fotokopisi
- \* İmza Beyanı veya Şirket İmza sirküleri
- \* Vergi Levhası
- \* Uluslararası Sağlık Turizmi Yetki Belgesi

### ÜYE FAALİYET BİLGİLERİ

Firmanızın faaliyet alanı ve süresi

(Lütfen işlettiğiniz kutucukların yanındaki kolona süresini yazınız)

|                                  |                          |                      |
|----------------------------------|--------------------------|----------------------|
| Hastane                          | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Fizik Tedavi Merkezi             | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Konaklamalı Fizik Tedavi Merkezi | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Yaşlı ve Engelli Bakım Merkezi   | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Klinik ve Poliklinik             | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Seyahat Acentası                 | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Termal Tesis ve Otel             | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Medikal-Tıbbi Cihaz Tedarikçisi  | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Medikal Hizmetler                | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Sağlık ve Güzellik Tesisleri     | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

Diğer..... (belirtiniz)

### TAVSİYE EDEN ÜYEYE AİT BİLGİLER

\* Adı :  
\* Soyadı : İmza :  
...../...../.....

### DERNEK TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR

Yönetim kurulumuzun ...../...../..... tarih ve ..... sayılı kararı ile Derneğimizin asil üyeliğine kabul edilmiş, üye kayıt defterinin ..... sıra numarasına kaydedilmiştir.

...../...../.....  
Genel Sekreter  
İmza:

TÜM BİLGİLER DERNEK BÜNYESİNDE SAKLI TUTULACAKTIR.