



ÜYE KAYIT FORMU

ADI SOYADI :

BABA ADI : ANNE ADI:

DOĞUM YERİ: DOĞUM YILI:

TC KİMLİK NO :

EV ADRESİ :

..... TEL:

İŞ ADRESİ :

..... TEL:

CEP TELEFONU :

E-MAIL ADRESİ :@.....

UZMANLIĞI : () Genel dişhekimliği () Cerrahi () Periodontoloji () Protez
() Diğer.....

YILLIK ÜYELİK AİDATI 100 TL'dir.

Üye Olmak İstiyorum
Osse Der Üyesiyim

Üyelik her yıl için 1 Ocak – 31 Aralık dönemini kapsamaktadır.

Banka hesabına yatırdım Finansbank Fatih Şubesi
IBAN:TR03 0011 1000 0000 0084 0883 96
Osseointegrasyon Akademisi Derneği

Kredi kartımdan tahsil ediniz

Ad Soyad : Kart Cinsi : Visa Master

Kart numarası : / /

Güvenlik No : Son Kul :

İmza :

- a) Üyeliliğimin her yıl otomatik olarak yenilenmesini istiyorum.
b) Üyeliliğimin her yıl otomatik olarak yenilenmesini istemiyorum.