



Koşuyolu Mah. Ali Nazime Sk. No: 45  
Koşuyolu 34718 Kadıköy İstanbul  
Telefon : +90 (216) 428 95 51  
Faks : +90 (216) 428 95 91  
E-posta : info@fpccd.org.tr  
Web : www.fpccd.org.tr

## ÜYELİK FORMU

Yüz Plastik Cerrahi Derneği Yönetim Kuruluna,  
Derneğimize üye olmak istiyorum. Gereğinin yapılmasını saygılarımla arz ederim.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ad Soyad : \_\_\_\_\_

İmza: \_\_\_\_\_

Uzmanlığınızı işaretleyiniz :

Kulak Burun Boğaz Hastalıkları  Asistanı /  Uzmanı

Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi  Asistanı /  Uzmanı

Dermatoloji  Asistanı /  Uzmanı

Göz Hastalıkları  Asistanı /  Uzmanı

Lütfen üyelik için gerekli olan aşağıdaki bilgileri okunaklı olarak yazınız:

T.C. No : \_\_\_\_\_

Anne Adı : \_\_\_\_\_

Baba Adı : \_\_\_\_\_

Doğum Yeri : \_\_\_\_\_

Doğum Tarihi : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Kurum : \_\_\_\_\_

Cep Telefonu : \_\_\_\_\_

Adres : \_\_\_\_\_

Dernek tüzüğüne göre başvurular KBB uzmanı 2 asil üye tarafından desteklenmelidir.

Yüz Plastik Cerrahi Derneği Yönetim Kurulu ilk toplantısında üyelik başvurusunun kabulüne veya reddine karar verir.

Destekleyen Üyeler

Ad Soyad : \_\_\_\_\_ Ad Soyad : \_\_\_\_\_

İmza : \_\_\_\_\_ İmza : \_\_\_\_\_