

**YARA OSTOMİ İNKONTİNANS HEMŞİRELERİ DERNEĞİ**  
**ÜYE KAYIT BİLGİ FORMU**

Üyelik Kabul Tarihi : ...../...../.....  
Üye Kayıt No : ..... (Dernek Yönetim Kurulunca Doldurulacaktır)  
Adı ve Soyadı : .....  
T.C. Kimlik No : .....  
Ana Adı : .....  
Baba Adı : .....  
Doğum Yeri / Tarihi : .....  
Medeni Durumu : .....

**EĞİTİM DURUMU:**

Tamamladığınız Eğitim Programı (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

OKUL	PROGRAM ADI			MEZUNİYET YILI
Sağlık Meslek Lisesi	<input type="checkbox"/> Hemşirelik	<input type="checkbox"/> Sağlık memurluğu	<input type="checkbox"/> Hemşirelik-ebelik karma program	
SHMYO*	<input type="checkbox"/> Hemşirelik	<input type="checkbox"/> Diğer (açık yazınız)		
AÖF ön lisans programı**	<input type="checkbox"/> Hemşirelik	<input type="checkbox"/> Diğer (açık yazınız)		
Lisans***	<input type="checkbox"/> Hemşirelik	<input type="checkbox"/> Sağlık memurluğu	<input type="checkbox"/> Diğer (açık yazınız)	
Yüksek lisans	<input type="checkbox"/> Hemşirelik (Alan)		<input type="checkbox"/> Diğer (açık yazınız)	
Doktora	<input type="checkbox"/> Hemşirelik (Alan)		<input type="checkbox"/> Diğer (açık yazınız)	
Diğer				

\* SHMYO-Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu; Üniversitelerin sağlık hizmetleri meslek yüksekokullarında iki yıllık Önlisans Programını tamamlayanları tanımlar.  
\*\*AÖF – Açık Öğretim Fakültesi Hemşirelik Programını tamamlayanları tanımlar. Üyelik başvurusunda hem meslek lisesi hem AÖF programı diploması ibraz edilmelidir.  
\*\*\* LİSANS - Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü; Hemşirelik Yüksekokulu; Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik ve Sağlık Memurluğu Programını tamamlayanları tanımlar.

**İLETİŞİM BİLGİLERİ**

Ev Adresi : .....  
İş Adresi : .....  
Telefon No  
İş : .....  
Ev : .....  
Gsm : .....  
E-Posta : ...../.....

Not: Lütfen arka sayfadaki bilgileri doldurunuz.

**YARA OSTOMİ İNKONTİNANS HEMŞİRELERİ DERNEĞİ**  
**YÖNETİM KURULU BAŞKANLIĞI'NA,**

Derneğinizin tüzüğünü inceledim. Tüzükte belirtilen amaçların gerçekleşmesine katkıda bulunmak istiyorum. Dernekler kanununa göre üye olmamda herhangi bir sakınca yoktur. Yukarıda belirtilen bilgilerin doğruluğunu bildirir, üyeliğimin kabulü için gereğini bilgilerinize sunarım.

Saygılarımla.

Tarih:.....

İmza:.....

**ÜYELİK İÇİN GEREKLİ DİĞER EVRAKLAR**

- 1- 2 Adet vesikalık fotoğraf (Aslı)
- 2- Nüfus cüzdanı fotokopisi
- 3- Mezun olunan okula ait diploma örneği veya okul çıkış belgesi
- 4- Banka dekontu (Giriş ücreti olan 5 TL derneğe üyelik sırasında bir kez ödenecektir. Yıllık üye aidatı 30 TL'dir).

**YARA OSTOMİ İNKONTİNANS HEMŞİRELERİ DERNEĞİ**

**Banka Hesap No** : TC İş Bankası Gazi Tıp Şubesi 4367 71672

**İletişim** : Arş. Gör. Hatice Korkut  
Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü  
Beşevler / Ankara

**Tel** : 216 26 51

**Web adresi** : <http://www.yoihd.org.tr>

**Email** : [yoihder@yahoo.com](mailto:yoihder@yahoo.com)