



EK 1 - KAMU GÖREVLİLERİ SENDİKALARINA ÜYELİK FORMU




SENDİKA BİLGİLERİ																
HİZMET KOLU	SENDİKA ADI	HÜRRİYETÇİ SAĞLIK SENDİKASI									DOSYA NO					
03	SENDİKA ADRESİ	Ç	A	N	K	A	Y	A	A	N	K	A	R	A		

KURUM BİLGİLERİ																
KURUMUN ADI																
GÖREV YAPILAN BİRİMİN ADI																
GÖREV YAPILAN BİRİMİN ADRESİ																

Hizmet Kolu	Kurum Kodu	İL ADI					İl Kodu	İLÇE ADI								

ÜYELİK BİLGİLERİ																
ADI																
SOYADI																
TC KİMLİK NO (11 Rakamlı-Mernis)																
BABA ADI										ANA ADI						
DOĞUM TARİHİ										DOĞUM YERİ						
CİNSİYETİ	ERKEK:1 <input type="checkbox"/>					KADIN:2 <input type="checkbox"/>										
ÖĞRENİM	İLKÖĞRETİM:1 <input type="checkbox"/>			LİSE:2 <input type="checkbox"/>			YÜKSEK OKUL:3 <input type="checkbox"/>									
KURUM SİCİL																
KADRO ÜNVANI										KADRO UNVAN KODU						

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU	SOSYAL GÜVENLİK SİCİL NUMARASI															
1: T.C.EMEKLİ SANDIĞI																
2: SOSYAL SİGORTALAR KURUMU																

KAMU GÖREVLİSİNİN İMZASI	ÜYE KAYIT NUMARASI	ÜYELİĞE KABUL
Sendikanızın Tüzüğünü okudum, İlgili Kanun gereğince üyeliğe kabulümü arz ederim. TARİH:/...../..... İMZA :		Yönetim Kurulunun/...../..... tarih ve Sayılı Kararı ile üyeliğe kabul edilmiştir. 

NOT:Form arka sayfadaki açıklamalara göre doldurulacaktır.

Tel :	Kan Grubu :	E-Posta :	Branşı :
-------	-------------	-----------	----------