



Fotoğraf

Başvuru Tarihi:

**AKCİĞER HASTALARI DAYANIŞMA DERNEĞİ
ÜYE BAŞVURU FORMU**

TC Kimlik No:	
Ad:	Soyad:
Doğum Tarihi:	Doğum Yeri:
Cinsiyeti:	Kadın ☐ Erkek ☐
Uyruğu:	
Anne Adı:	Baba Adı:
İkamet Adresi:	
Telefon No: 0 (5__) ____	
E-posta Adresi:	
Mesleği:	Eğitim Durumu:
Üyelik Tipi: (Hasta, Hasta Yakını, Dernekler, Basın, Diğer)	
Uyruğu:	
Yaptığınız Sporlar – Hobiler:	

NÜFUS CÜZDANI BİLGİLER

SERİ NO:

T.C. KİMLİK NO:

KAN GRUBU:

İl		Cilt No	
İlçe		Aile Sıra No:	
Mahalle		Sıra No:	
Köy		Medeni Hali	

**AHDADER Derneğinin tüzüğünü okudum kabul ettim. Bu hükümlere saygı göstereceğim.
Dernek için taahhüt ettiğim aidatı ödeyeceğim. Derneğe kaydımın yapılmasını arz ederim.**

...../...../20

Adı ve Soyad İmza

İlgilendiğiniz Akciğer Hastalıklarını İşaretleyiniz.

Astım	☐
KOAH	☐
Tütün Bağımlılığı	☐
Akciğer Kanseri	☐
Sarkoidoz	☐
İnterstisyel Akciğer Hastalıkları	☐
Tüberküloz	☐
Akciğer Enfeksiyon Hastalıkları	☐
Akciğer Zarı Hastalıkları	☐
Kronik Solunum Yetmezliği ve Evde Solunum Cihazı	☐
Solunum – Kas Hastalıkları	☐
Kifoskolyoz – Göğüs Deformitesi Hastalıkları	☐

Akciğer Hastaları Dayanışma Derneği – AHDADER

Turan Güneş Bulvarı No: 175/19 Çankaya/ ANKARA

IBAN NO: TR46 0006 7010 0000 0031 3245 47

www.ahdader.com

