



Biyonik Kulaklı Çocuklar Derneği

Üyelik Formu



ÜYE

Ad-Soyad: _____

T.C. kimlik No: _____

Cinsiyet: E ☐ K ☐

Doğum Tarihi: _____

Anne/Baba Ad: _____

Eğitim Durumu: _____

Çalıştığı Kurum: _____

Telefon: _____

Hobiler: _____

E-posta: _____

Adres: _____

Meslek: _____

18 Yaşından Küçük Kişi İçin Üye Oluyorsanız

Yakınlık Dereceniz: (anne, baba, amca, abi...): _____

Adı-Soyadı: _____

T.C. kimlik No: _____

Cinsiyet: E ☐ K ☐

Doğum Tarihi: _____

Veli Adı-Soyadı : _____

CİHAZ BİLGİLERİ

(Cihaz Kullanıyorsanız Lütfen Doldurunuz)

İmplant ☐ İşitme C. ☐ Beyin Sapı ☐

SOL

SAĞ

Marka: _____

Marka: _____

Model: _____

Model: _____

HASTANE BİLGİSİ (İSTEĞE BAĞLI BÖLÜM)

Ameliyat Tarihi: _____

Hastane Adı: _____

Doktor Adı Soyadı: _____

Odyolog Adı Soyadı: _____

DERNEĞE NASIL DESTEKLEYEBİLİRSİNİZ

- ☐ Sosyal Medya Yönetimi
- ☐ Afiş ve Grafik Tasarım Desteği
- ☐ Eğitim Materyal Temini ve Desteği
- ☐ Alanım İle İlgili Eğitim
- ☐ Kültür Sanat
- ☐ Hukuki Alan Desteği
- ☐ Diğer

Üyeliliğinizin Başlaması İçin:

- Üyelik Formunu:
Formu doldurup sisteme (<https://www.biyonikder.org.tr/uye-ol>) yükleyiniz veya biyonik.der@gmail.com e-posta adresine gönderiniz.
- Ödeme için: Sayfamızda yayınlanan üyelik ücretini **Ziraat Bankası Aydınlıkçevre Şubesi** TR 9800 0100 0718 8345 1212 5001 IBAN numarasına gönderiniz.

İrtibat ve Bilgi için: biyonik.der@gmail.com

- ☐ Dernek duyuru ve etkinliklerinden WhatsApp/SMS/E-posta yoluyla haberdar olmak istiyorum.
- ☐ Derneğimizin kişisel verilerin işlenmesine ilişkin Aydınlatma Metnini okudum, anladım. Kişisel verilerimin tüzük amaçları doğrultusunda işlenmesine onay veriyorum.
- ☐ Banka demesi yapılmıştır

Biyonik Kulaklı Çocuklar Derneği Tüzüğü'nü okudum.
Derneğimize üyeliliğimin kabulünü arz ederim.

.././20..
Adı Soyadı - İmza