

**İNFLAMATUVAR BAĞIRSAK HASTALIKLARI DAYANIŞMA  
VE YARDIMLAŞMA DERNEĞİ  
ÜYELİK BAŞVURU FORMU**

Fotoğraf

TC kimlik no	Kan grubu
Adı soyadı	Medeni hali
Varsa eski soyadı	Cinsiyeti(e,k)
Baba ve anne adı	
Doğum yeri ve tarihi(g,a,y)	
Nüfusa kayıtlı olduğu yer	
İlçesi/mahalle veya köyü	
Cilt no, aile sıra no, sıra no	
Öğrenim durumu	
Mesleği/çalıştığı kurum	
Bildiği yabancı dil/seviyesi	
Üyesi olduğu diğer dernekler	
Ev adresi	
İş adresi	
e-mail adresi	
Ev telefonu	
İş telefonu	
Cep telefonları	
Varsa gerekli diğer bilgiler	
Üyeliğe öneren kişi/ler	
Hastalık/zor zamanlarda ulaşılacak kişi ve telefonu	

**YÖNETİM KURULU BAŞKANLIĞINA / İSTANBUL**

İBHDYD(İnflamatuvar bağırsak hastaları dayanışma ve yardımlaşma) Derneğinin tüzüğünü okudum ve bu tüzüğün uygulanmasına katkı sağlamak istiyorum. Dernekler kanununa göre üye olmamda hiçbir sakınca yoktur. Derneğin tüzük, ilke ve amaçlarına uyacağımı ve yukardaki bilgilerin doğru olduğunu taahhüt eder, üyeliğimin kabulünü arz ederim.

Adı Soyadı . . . . . İmza . . . . .